

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnostico
de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria .HNERM.2013**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTOR

Cynthia Fiorella Candiotti Guzman

ASESOR

Nancy Huamán Salazar

Lima – Perú

2013

**“AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL
ADULTO MAYOR CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER
SOMETIDO A QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA
.HNERM.2013”**

DEDICATORIA

*A Dios por
Darme la
oportunidad De
Estudiar la más
hermosa
Profesión.*

*A la Universidad
Nacional Mayor de
San Marcos, y en
especial a mi
asesora, La Dra.
Nancy Huamán
Salazar, por
contribuir en mi
formación.*

*A mis padres por
apoyarme en los
momentos más
difíciles durante
estos cinco años.*

*A mis amigos, que
con su alegría me
dieron fuerzas
para tener un
apoyo donde
sostenerme sin
resbalar.*

*Al Departamento de
Enfermería del
HNERM, y en especial a
la Lic. Esther Cotrina
quien tuvo que
“soportar mis visitas”
durante varios
Meses.*

*A Angélica, Flor y Cecil
quienes me apoyaron
en los momentos en los
que quise tirar la
toalla.*

*A mi hermano Diego,
que con su hermosa
sonrisa, me da
renovadas fuerzas para
salir adelante.*

ÌNDICE

	Pág.
Índice de gráficos.....	vii
Resúmen.....	viii
Presentación.....	1
 CAPÍTULO I: INTRODUCCION	
A. Planteamiento del Problema.....	4
B. Formulación del Problema.....	9
C. Justificación.....	9
D. Objetivos	10
E. Propósito.....	11
F. Marco Teórico.....	12
F.1. Antecedentes.....	12
F.2. Base Teórica	20
F.2.1. Aspectos teórico conceptuales sobre el envejecimiento.....	20
F.2.2. Generalidades sobre el Cáncer en el Adulto Mayor.....	24
F.2.3. Calidad de vida en el adulto mayor con Cáncer.....	32
F.2.4. Generalidades sobre la Percepción.....	44
F.2.5. La enfermera en el cuidado del adulto mayor en el Unidad de Quimioterapia Ambulatoria.....	47
G. Definición operacional de términos.....	50
 CAPÍTULO II: MATERIAL Y METODO	
A. Tipo y Nivel Y Método de la Investigación.....	51
B. Descripción del área de Estudio	51
C. Población y Muestra	52
D. Técnica e Instrumento	53
E. Procedimiento de recolección de Datos.....	52
F. Procedimiento de Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación	54
G. Consideraciones éticas.....	55
 CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION	
A. Resultados.....	56
B. Discusión.....	61

CAPITULO IV. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones.....	66
B. Limitaciones.....	67
C. Recomendaciones.....	67

Referencias bibliográficas

Bibliografía

Anexos

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico N°		Pag.
1	Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria en la dimensión física .HNERM.2013	57
2	Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria en la dimensión psicológica. HNERM.2013	59
3	Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria en la dimensión social.HNERM.2013	60
4	Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria .HNERM.2013	61

RESUMEN

El estudio titulado: “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria.HNERM.2013”. Tuvo como **objetivo general**: Determinar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria. **Material y Método**: El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. **Población y Muestra**: El muestreo fue no probabilístico a conveniencia del investigador y estuvo conformado por 44 pacientes adultos mayores que asistieron a la Unidad de Quimioterapia durante el mes de mayo. **Técnica e Instrumento**: La técnica fue la encuesta y el instrumento la escala tipo Likert modificada con 38 enunciados presentados en base a las preguntas del cuestionario WHOQOL-Bref de la OMS y el cuestionario multidimensional QLQ-C30. **Resultados**: Del 100% (44) de pacientes adultos mayores, el 25%(11) tienen una Autopercepción desfavorable de su calidad de vida; el 43.2%(19) tienen una Autopercepción medianamente favorable y 31.8%(14) tienen una Autopercepción favorable de su calidad de vida. **Conclusiones**: El mayor porcentaje de adultos mayores encuestados tiene una Autopercepción medianamente favorable de su calidad de vida seguida por un porcentaje significativo que tiene una Autopercepción favorable.

Palabras clave: Autopercepción, Calidad de vida, Quimioterapia.

SUMMARY

The qualified study: " Autoperception of the quality of life of the major adult with diagnosis of Cancer submitted to ambulatory chemotherapy. HNERM.2013 ". It had as general aim: To determine the autoperception of the quality of life of the major adult with diagnosis of Cancer submitted to ambulatory chemotherapy. The study was of applicative level, quantitative type, and descriptive method of transverse court. The sampling went not probabilistic to convenience of the investigator and was shaped by 44 adult major patients who were present at the Unit of Chemotherapy during May. The technique was the survey and the instrument the scale type Likert modified with 38 terms of reference adapted on the basis of the questions of the questionnaire WHOQOL-Bref of the WHO and the multidimensional questionnaire QLQ-C30. Results: Of 100 % (44) of adult major patients, 25 % (11) they have an unfavorable Autoperception of his quality of life; 43.2 % (19) has a moderately favorable Autoperception and 31.8 % (14) has a favorable Autoperception of his quality of life. Conclusions: The highest percentage of major polled adults has a moderately favorable Autoperception of his quality of life followed by a significant percentage that has a favorable Autoperception.

Key words: Autoperception, Quality of life, Chemotherapy.

PRESENTACION

Debido a un incremento de la esperanza de vida, existe en nuestro país una población significativa de adultos mayores, pero no siempre esto significa que la calidad con la que se vivan estos últimos años haya mejorado, especialmente en aquellos que tiene una enfermedad crónica como el cáncer.

En la actualidad existe una predominancia en conocer el enfoque de una enfermedad de una manera más íntima, en el que se consideran sus implicancias en la vida del paciente, o más concretamente en su calidad. Esta nueva perspectiva intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente, lo cual es relevante en aquellos con enfermedades como el cáncer.

Es fundamental el estudio de la calidad de vida en pacientes con cáncer debido a que la amenaza a la existencia, el dolor y el miedo a la muerte, aunados a los cambios en el estilo de vida que suscita el diagnóstico, ocasionan repercusiones físicas, emocionales, espirituales, sociales y laborales.

La calidad de vida relacionada con la salud, aunque se analiza generalmente desde un enfoque clínico pos tratamiento, para valorar los resultados de las intervenciones, también permite realizar un análisis muy importante no solo de las repercusiones físicas sino también de los cambios relacionados con el comportamiento y estado de ánimo que presenta una persona después de un diagnóstico de cáncer, mostrando una nueva preocupación no solo por la eliminación de la enfermedad, sino también por el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

El termino de calidad de vida se ha definido desde un punto de vista subjetivo (OMS, 1996), destacando la percepción de las personas sobre diversos ámbitos de sus vidas, donde lo importante es destacar la

relevancia del contexto social y cultural y del sistema de valores en el que experimentan su vida cotidiana.

Una de las opciones de tratamiento que tienen estas personas es la quimioterapia, al respecto, en el Congreso Europeo de Cáncer realizado en Estocolmo el año 2011 se señala entre otras conclusiones que los riesgos de morir se triplican y cualquier mínima infección o malestar durante el tratamiento podría ser letal para la vida del paciente adulto mayor.(1)

El personal de enfermería cumple un rol muy importante en el cuidado del paciente con cáncer, principalmente del adulto mayor que recibe quimioterapia, quien por encontrarse en esta etapa del ciclo vital sufre acontecimientos que por sí mismos son estresantes y que repercuten en la manera de apreciar su situación actual.

El presente estudio titulado “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria.HNERM.2013”, tuvo como objetivos determinar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria en la dimensión de bienestar física , psicológica y social , el propósito es que los hallazgos proporcionen información actualizada y fidedigna al Servicio de Oncología y radioterapia , a la enfermera jefe de la Unidad de Quimioterapia y Cuidados Paliativos y al Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins para que pueda plantearse estrategias de atención enfocadas a mejorar la calidad de vida a través de la promoción de la adopción de conductas saludables que promuevan el autocuidado y la disminución de riesgo de complicaciones.

El estudio consta de: Capítulo I: Introducción, en el cual se expone el planteamiento, delimitación y origen del problema ; justificación del problema, objetivos, propósito, antecedentes, base teórica, y definición

operacional de términos, Capítulo II: Material y Método, en el que se incluye nivel, tipo y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos , procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III: Resultados y Discusión. Capítulo IV: Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

ITRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los años 2000 y 2025, 57 millones de adultos mayores (de 60 años o más) se habrían sumado a los 41 millones existentes, y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones de personas, con una tasa de crecimiento del 3.5% anual. Es decir, la proporción de personas mayores de 60 años se triplicará entre 2000 y 2050. Para 2050 uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor. (2)

En el Perú hasta el 30 de junio del 2012, el INEI informó que nuestro país tiene más de 30 millones y la edad mediana de la población se sitúa en 25,2 años, recordando que hace veinte años era 20,5 años, lo que indica que hay más población de mayor edad.(3)

Según las nuevas tendencias de crecimiento poblacional, las personas adultas mayores en nuestro país, llegarían en el año 2025 a los 4 millones 429 mil, representando entonces el 12,4% de la población total del Perú y habría 52 personas de 60 y más años de edad por cada 100 menores de 15 años (4).

El cambio demográfico que se está suscitando en los últimos años tiene varias consecuencias para la salud de la población; ya que para que las personas mayores mantengan su independencia y puedan tener un lugar en la vida familiar y en su comunidad tienen que aplicar medidas de auto

cuidado para evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas y no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer.

A partir de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid, 2002, los organismos internacionales han reconocido el envejecimiento como un fenómeno mundial que implica transformaciones de toda índole en las distintas sociedades.

Se sabe que durante el proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. Dichos cambios, que son normales, con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades, entre ellas el cáncer.

Según la OMS, el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2008 causó 7,6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total), aproximadamente un 70% de las muertes por cáncer registradas en ese año se produjeron en países de ingresos bajos y medios. (5)

En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, ha publicado tasas de incidencia y mortalidad por cáncer globales de 150.7 y 78.3 por cien mil habitantes de nuestra ciudad capital. (6)

La incidencia de esta enfermedad aumenta notablemente con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer y esta acumulación general de factores de riesgo que se combina con la tendencia que tienen los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad.

El tratamiento del cáncer requiere una cuidadosa selección de una o más modalidades terapéuticas, como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia; el objetivo consiste en controlar la enfermedad o prolongar considerablemente la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente.

El cáncer es una enfermedad crónica cuyos síntomas pueden potencialmente afectar la calidad de vida de una persona, el síntoma más relevante e insidioso es el dolor que aparece de manera crónica; que sumado a la disminución de la capacidad para llevar a cabo sus actividades cotidianas y el estar sometidos en algunos casos a quimioterapia puede presentar efectos secundarios desagradables como náuseas o vómitos que pueden prolongarse por varios días y que van en detrimento de la calidad del vida del paciente.

Si bien la esperanza de vida ha aumentado, no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida del paciente adulto mayor haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores que tengan una enfermedad crónica como es el caso del cáncer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.(7)

El concepto multidimensional incluye la situación económica, estilos de vida, salud, vivienda, satisfacciones personales, entorno social, entre otras. Por ello, la calidad de vida se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones objetivas y subjetivas personales.

De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad.

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

Patrick y Erickson (1993) la definen como:

“ La medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud ”.(8)

Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. (9)

El diagnóstico de una enfermedad cambia la forma en la que la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente su

autopercepción, desde ese momento todo es distinto, los planes de futuro deberán ser revisados no pudiéndose señalar cuál será el curso final que seguirán. La percepción del impacto de la enfermedad en la calidad de vida dependerá de tres factores; los relacionados con la enfermedad misma, de índole personal y relacionados con el entorno físico y social (Moos y Schaefer, 1986).

Considerando que la evaluación de la calidad de vida es sumamente importante pero difícil de cuantificar objetivamente es que es necesario conocerla desde las propias personas a través de su percepción.

Durante las prácticas clínicas en el Servicio de Oncología se tuvo la oportunidad de tener contacto con personas que padecen de Cáncer, sus expectativas sobre el tratamiento, sentimientos de preocupación y emociones derivadas de la convivencia con el Cáncer.

Una situación que llamo mi atención fue que pese a que la mayoría de los pacientes eran adultos mayores, se encontraban con tratamiento de quimioterapia y muchos de ellos experimentaban diversos malestares, ellos demostraban un buen estado de ánimo argumentando “nosotros sabemos que si nos deprimimos de nada nos sirve el tratamiento”, esto me hizo pensar en todas las situaciones que pasan estos pacientes ; aún más las personas de mayor edad que es una población especialmente vulnerable. Por todo ello pude formular algunas interrogantes tales como: ¿Cuáles son las principales preocupaciones de un paciente con cáncer?, ¿el tratamiento que recibe aumenta su calidad de vida? ¿Cuál es la calidad de vida de estas personas? ¿Cuáles son las expectativas que tienen, ¿cuál es la percepción que tiene respecto de su estado de salud actual?.

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se ha creído conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria HNERM .2013?

C. JUSTIFICACION

El envejecimiento es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital .Las personas en la actualidad están alcanzando cada vez edades más avanzadas en mejor estado de salud; pero precisamente el hecho de que se viva más conlleva mayores probabilidades de tener enfermedades crónicas e invalidantes que conlleven a la disminución del nivel de Calidad de Vida y debido a ello es que se le considera un indicador de envejecimiento satisfactorio.

El envejecimiento como un proceso natural durante todo el ciclo de vida, no se produce de la misma manera ya que ello se deriva de la calidad de vida y del resultado de las acciones y omisiones que se desarrollan durante las diferentes etapas de vida.

El logro de la Calidad de Vida constituye un reto primordial y es en la vejez donde adquiere importancia porque independientemente de la edad, en esta etapa se producen una serie de circunstancias que hacen prioritaria su evaluación, estas son entre otras, el aumento de las situaciones de dependencia y el incremento de enfermedades crónicas como el Cáncer.

La profesión de enfermería es muy amplia y abarca la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del autocuidado en el Adulto Mayor dirigidos hacia la restauración y alcance de su óptimo grado de funcionamiento físico, psicológico y social.

Cuando se trata de una persona adulta mayor con cáncer la situación no cambia pues, a lo mencionado anteriormente se suma la atención especial a la persona con Cáncer y su entorno.

Por ello es importante investigar interrelacionadamente en el área de gerontología como en el área de oncología pues así se administraran cuidados de enfermería altamente especializados a la persona, la familia y la comunidad.

Así mismo los resultados de la presente investigación nos permitirán conocer la realidad de los adultos mayores con cáncer sometidos a quimioterapia lo que nos ayudara a determinar sus principales necesidades físicas, emocionales y sociales a las cuales debemos prestar mayor atención y sobre las cuales se debe trabajar para contribuir a mejorar su calidad de vida.

D. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria en el HNERM.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la Autopercepción de calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria en la dimensión física
- Identificar la Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria en la dimensión psicológica.
- Identificar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria en la dimensión social

E. PROPÓSITO

Brindar información al personal de Salud del servicio de Oncología y en especial al personal que labora en la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria sobre la Calidad de Vida que el adulto mayor autopercibe, a fin de generar una discusión, análisis y reflexión del problema que permita la implementación de estrategias en la educación, tratamiento y en el cuidado que se le brinda al paciente y a la familia.

F. MARCO TEORICO

F.1. Antecedentes

Internacionales

Peña Pérez, Belem, Terán M., Moreno F., y Bazán M. en México en el 2009, realizaron un estudio sobre “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE” con el objetivo de conocer la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, considerando diferentes aspectos para establecer una conducta que permita realizar acciones preventivas realistas y acordes con sus expectativas. El método utilizado fue descriptivo, observacional y de corte transversal, considerándose la “Guía para la tutoría de proyectos de investigación en Medicina Familiar”, La muestra estuvo conformada por 150 pacientes adscritos a la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, con promedio de edad de 72 años, se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas y la escala de medición fue la nominal. El instrumento fue el cuestionario breve de la calidad de vida, la técnica fue la encuesta. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 12.0, además del análisis univariado para las variables del estudio, con cálculos de los intervalos de confianza de 95%. Se concluyó:

“El 18.7% mencionó sentirse nada satisfecho con su salud, 20% reportó insatisfacción en la relación con sus hijos y 24.7% considero valerse por sí mismo para realizar actividades de manera regular. La percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales. La población encuestada no busca atención médica, aunque tiene alguna

enfermedad, lo que refleja su calidad de vida". (10)

Maldonado Guzmán, Gabriela y Susana M. en México en el año 2009, realizaron un estudio sobre "Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores", con el objetivo de conocer la calidad de vida autopercebida de los adultos mayores de ciudad Victoria, Tamaulipas, México. El método utilizado fue descriptivo de corte transversal. La prueba piloto estuvo conformada por 30 adultos mayores de 60 a 94 años de edad, siendo el muestreo por conveniencia. El instrumento que se utilizó para valorar la variable calidad de vida fue el MGI Calidad de vida construido y validado en Cuba. Los datos fueron procesados estadísticamente a través del programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) , versión 11.0 , se concluyó lo siguiente:

"Los adultos mayores de esta población presentaron baja calidad de vida. Los adultos mayores específicamente en edades entre los 60 a 70 años presentan calidad de vida baja. Las mujeres presentaron calidad de vida más alta que los hombres, posiblemente porque el envejecimiento fue percibido por el hombre como más negativo. Las patologías crónicas no influyeron sobre la autopercepción de la calidad de vida, quizás porque se encontraban controlados medicamente. La mayoría de las personas mayores presentaron un elevado nivel de autonomía para el cuidado personal y de independencia funcional. El aspecto social es el que presentó mayor afectación, los adultos mayores mantiene relaciones con sus amigos y vecinos en su gran mayoría, pero solo un poco más del 50% salen a distraerse ya sea solos o con la familia o amigos (11).

Ramírez Suarez, Roció en México, 2008 ,realizó un estudio sobre “Calidad de vida en pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria en el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morella”, con el objetivo de evaluar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de cáncer que reciben quimioterapia ambulatoria en el Centro de Atención Oncológica de la ciudad de Michoacán, el tipo de estudio es descriptivo , transversal , no experimental , la muestra fue de tipo convencional y el criterio de inclusión fueron todos aquellos pacientes de ambos sexos con diagnóstico de cáncer que recibieron quimioterapia ambulatoria en el periodo programado para la recolección de los datos. El instrumento utilizado fue el cuestionario WHOQL-Bref, la muestra estuvo conformada por 130 pacientes de los cuales 103 fueron mujeres y 27 fueron varones, obteniéndose los siguientes resultados:

“En el enunciado cómo evalúa usted su calidad de vida, la respuesta bien la eligieron 66 pacientes que representan el 51.5 %”

“En el enunciado que tan satisfecho está usted con su estado de salud el 39.2%manifiesta no estar no satisfechos ni insatisfechos” (12).

NACIONALES

Con la finalidad de tener mayores elementos teóricos se revisó literatura a nivel Nacional, encontrándose algunos antecedentes relacionados directa e indirectamente con el tema de investigación. Así se tiene que:

Sáenz Carhuamaca, Zhenia, en Perú, 2010 realizó un estudio titulado “Percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida en el servicio de quimioterapia del Hospital Nacional Cayetano Heredia”, tuvo como objetivo: determinar la percepción del paciente oncológico sobre su calidad de vida e identificar la percepción según dimensiones. Material y Método: el estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 32 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento la escala modificada tipo likert .Resultados: Del 100 % (32), 56 % (18) tiene una percepción medianamente favorable, 25 % (8) desfavorable y 19 % (6) favorable. En la dimensión física 47 % (15) tiene una percepción medianamente favorable; 28% (9) favorable y 25 % (8) desfavorable; Percepción Psicológica 50 % (16) tienen una percepción medianamente favorable; 31 % (10) favorable y 19 % (6) desfavorable y en la Percepción Social 59 % (19) tienen una percepción medianamente favorable; 25 % (8) favorable y 16% (5) desfavorable. Entre las conclusiones a las que llegó el estudio tenemos:

“La mayoría tiene una percepción medianamente favorable referido a que se sienten débil desde que iniciaron la quimioterapia, mantienen la concentración cuando leen y refieren que la frecuencia de salidas con sus amistades sigue igual que antes; seguido de un porcentaje menor de desfavorable que está dado por que expresan que tienen dificultad para comer por si solo; por su enfermedad sienten que valen poco y le es difícil asumir responsabilidades familiares y un mínimo porcentaje de favorable referido que pueden vestirse y bañarse por sí solo, afrontan con actitud

positiva su enfermedad, y se sienten capaz de asumir responsabilidades familiares”(13).

Arteaga Llacza , Patricia en Perú, 2009 realizó un estudio titulado "Calidad de vida del paciente oncológico que participa en estudios clínicos de investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-2009", tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de pacientes oncológicos que participan en estudios clínicos de investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2009. Material y Método: El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 50 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento una escala de Likert modificado. Entre las conclusiones a las que llego se tiene:

“La mayoría presentan una calidad de vida poco saludable relacionado a que experimentan dolor, astenia, cansancio, irritabilidad, presentan dificultad para recordar las cosas, sienten que su tratamiento ha interferido en sus relaciones sociales. En la dimensión física, perciben su calidad de vida como poco saludable referido a que presentan dificultad para realizar actividades que requieran esfuerzo importante, duerme con dificultad, siente dolor en alguna parte de su cuerpo, experimenta síntomas colaterales de los tratamientos, experimenta cansancio; en la dimensión psicológica presentan una calidad de vida poco saludable referido a que se siente triste, decaído, e irritable y no recibe apoyo por parte de su entorno familiar; y en la dimensión social presentan una calidad de vida poco saludable”.(14)

Escobar Rodríguez, Evelyn en Perú, 2008 realizó un estudio titulado “Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, para optar el título de Licenciada de Enfermería de la UNMSM. El objetivo del estudio fue Determinar la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto físico, psicológico y social. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 46 pacientes mastectomizadas que fueron intervenidas quirúrgicamente entre agosto – diciembre 2007. La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento fue un formulario tipo Escala de Likert Modificada. Obteniéndose los siguientes resultados:

“En cuanto a la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal del 100% (46), 54.35% tienen una percepción desfavorable y 45.65% favorable. En cuanto a la percepción desfavorable está determinada por los aspectos físico y social, lo favorable por el psicológico. Respecto a la percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el aspecto físico tenemos que 58.7% (27) tiene una percepción desfavorable y 41.3% favorable. En cuanto al aspecto psicológico evidenciamos que 45.65% tienen una percepción desfavorable, 54.35% (25) favorable. Con respecto al aspecto social 60.87% tiene una percepción desfavorable y 39.13% favorable.”(15)

Vera Mendoza, Martha en Lima, en el 2006 realizo un estudio titulado “Significado de la Calidad de Vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Centro de Salud Clas Lura Caller Ibérico”, con el objetivo de determinar el significado que la expresión lingüística “Calidad de Vida del adulto mayor” tiene para el mismo adulto mayor y para su familia. El tipo de Investigación fue cualitativa, método descriptivo, interpretativo –comprensivo. Las técnicas de recolección de datos fueron: la observación, la entrevista a profundidad y grupos focales , así como las guías de observación y dos cuestionarios. La muestra se constituyó por criterio de saturación y estuvo conformada por 16 adultos mayores (65-80 años) y 16 grupos integrados por sus familiares. El análisis de los datos fue según la objetivación y el anclaje de Sergio Moscovici. Las conclusiones fueron:

“Calidad de vida para el adulto mayor es tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana, sin problemas personales ni conflictos familiares; es ser guiado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto; y para la familia, es que el adulto mayor satisfaga sus necesidades básicas de alimentación, vestido, vivienda e higiene, apoyándolo en lo necesario para que lo logre, principalmente su bienestar físico” (16).

Llerena Arredondo, Cecilia en Perú, 2004 realizó un estudio titulado “Características de los estilos de vida de los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.”, cuyo objetivo fue determinar las características de los estilos de vida de los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria. El estudio fue de tipo

cuantitativo, método descriptivo, nivel aplicativo de corte transversal. La población estuvo constituida por 1000 pacientes, la muestra se obtuvo por métodos estadísticos. La técnica fue la entrevista, el instrumento que se utilizó fue un cuestionario con preguntas cerradas, adaptadas en una consolidación de estudios sobre la vida. Entre las conclusiones a las que llegó se tiene:

“El paciente portador de cáncer no solo requiere un cuidado integral sino privilegiar el aspecto humanístico superando las dicotomías de lo individual, colectivo, sano, enfermo, cuerpo y mente. Los 10 pacientes revelaron el fenómeno situado que se traduce a través de su angustia. En cuanto a su temporalidad, evidencian su próxima finitud como proyecto inacabado, en cuanto a la libertad, la muerte como límite existencial es una idea constante ya que han experimentado la muerte de otros”(17)

Por lo revisado anteriormente se puede evidenciar que existen estudios previos sobre el tema pero no se ha encontrado alguno relacionado con la percepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria en nuestro país, razón por la que se consideró importante realizar un estudio sobre este tema; así mismo los estudios mencionados anteriormente permitieron direccionar la metodología del estudio de investigación así como orientar en la elaboración del instrumento.

F.2. BASE TEORICA

Para realizar esta etapa se hizo una revisión de material bibliográfico que nos permitió realizar un reordenamiento de los conceptos principales.

F.2.1. ASPECTOS TEÓRICOS CONCEPTUALES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO.

A. Definición de Envejecimiento y Adulto Mayor

Existen conceptos de envejecimientos como las transformaciones biosicosociales en el adulto mayor que surgen durante su evolución histórica.

Biegel y Asnar afirmaron: El envejecimiento se define como: "la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales, y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos".

Este es un proceso dinámico que se inicia en el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de nuestra vida. Es: "un proceso que convierte adultos sanos en adultos frágiles, que tienen una disminución de la reserva en la mayoría de los sistemas fisiológicos y una vulnerabilidad exponencial a la mayoría de las enfermedades y a la muerte. (18)

Según Watson (2001), el envejecimiento es un proceso físico inevitable de detener. (19)

En la primera asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena en el año 1982, se tomo como la edad umbral los 60 años.

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término adulto mayor para referirse a las personas de 60 años a más. La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) correspondiente al trimestre octubre-noviembre-diciembre 2012, en relación a la población adulta mayor, revela que la población con 60 y más años de edad, representa actualmente el 9,3% del total de población en el Perú revelando un notable incremento con respecto al año 2011.

B. Características del adulto mayor

El tener una perspectiva de la persona desde un punto de vista biosicosocial y la influencia que el paso del tiempo tiene sobre él, nos lleva a analizar los cambios que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento desde tres perspectivas: biológica, psicológica y social que en menor o mayor medida influirán sobre la percepción de sus necesidades.

Cambios físicos

El envejecimiento, o proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo, se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. La ancianidad es la fase final de la vida. Este proceso inicia a partir de la etapa de la madurez con una serie de procesos involutivos que conlleva a un deterioro progresivo del organismo. Los cambios físicos que se producen durante esta etapa afectan a las células, tejidos y órganos.

Los cambios celulares consisten en un menor tamaño de las células y una pérdida de la capacidad de dividirse y reproducirse. Los cambios del tejido incluyen una acumulación de productos de desecho, entre otros. El tejido conectivo cambia haciéndose cada vez más rígido, lo cual hace a los órganos, vasos sanguíneos y vías respiratorias más duros. Los

órganos cambian a consecuencia de todo ello. Estos al envejecer pierden su función de manera progresiva y hay disminución de la capacidad funcional.

- **Cambios sociales**

-Cambio del Rol individual:

Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones:
El anciano como individuo: Los individuos en su última etapa de vida se hacen conscientes de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

El anciano como integrante del grupo familiar: Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas: La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad.

-Cambio del Rol en la Comunidad:

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

- Cambio del Rol Laboral:

El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es una situación de una persona que tiene derecho a una pensión, después de haber cesado de su oficio. Las consecuencias de la jubilación: La adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientado entorno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral, los recursos económicos disminuyen. El anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas, deberá prepararse antes de la jubilación.

• Cambios psicológicos:

El deterioro de las funciones psicofisiológicas varía de un individuo a otro y depende del entrenamiento durante la vida, el medio cultural en el que se haya desenvuelto, el nivel intelectual de la persona, así como la capacidad estimulante del entorno. Para valorar las modificaciones psíquicas que se producen hay que tener en cuenta los cambios en las estructuras cerebrales, anatómicas y fisiológicas del sistema nervioso y

órganos de los sentidos; la modificación de las funciones cognitivas (inteligencia, memoria, resolución de problemas, creatividad y capacidad de reacción ante estímulos) y por último en el área afectiva: emociones, motivación y personalidad. La afectación más generalizada de las capacidades intelectuales es la memoria, ya que tiene un efecto psíquico negativo, provoca preocupación y quejas del individuo. Es frecuente la disminución de la autoestima relacionada con el abandono de la vida laboral activa, disminución de las condiciones socioeconómicas, pérdida de seres queridos y otros.

F.2.2. GENERALIDADES SOBRE EL CÁNCER EN EL ADULTO MAYOR

El factor de riesgo individual más importante para el cáncer es el envejecimiento además, aumenta el riesgo de sufrir otras enfermedades y lesiones y puede afectar el bienestar, la independencia y la autoestima de una persona y. dado que los adultos mayores con cáncer y sus familias a menudo tienen necesidades distintas que en el caso de los adultos jóvenes y los niños.

Las afecciones médicas graves que a menudo acompañan el proceso de envejecimiento, como la presión arterial elevada, la cardiopatía, la enfermedad pulmonar, la diabetes, la insuficiencia renal y la artritis, también distinguen a los adultos mayores con cáncer de los pacientes más jóvenes.

Estas afecciones coexistentes afectan las opciones de tratamiento contra el cáncer y el tipo y la gravedad de los efectos secundarios del tratamiento

Para muchos adultos mayores con cáncer, la preocupación más importante es ser capaces de cuidarse por sí solos y sentir que aún tienen el control sobre su salud y sus decisiones, en tener que depender de otros para que los cuiden puede ser abrumador e incluso imposible, sobre todo si no hay familiares ni amigos que actúen como cuidadores

A continuación se desarrollan los principales aspectos sobre el Cáncer en el adulto mayor.

A. Cáncer

La Organización Mundial de la Salud, estimó que la principal causa de muerte en el mundo durante 2008 fue el cáncer, con 7.6 millones de casos, lo cual equivale al 13% de todas las muertes a nivel mundial, principalmente por cáncer de pulmón, estómago, hígado, colon y mama.

En América Latina, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante el periodo 2007-2009, la tasa de mortalidad estandarizada a consecuencia de alguna neoplasia maligna fue de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes; para la región, las tasas más altas se ubicaron en Uruguay (168.4), Cuba (143.3) y Perú (136.6).

En Perú, en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2012, se realizó el registro de 12,359 casos de cáncer; de los cuales, 3931 fueron diagnosticados el año 2012 (31,8%). La edad promedio al momento del diagnóstico fue de $59,1 \pm 18,1$ años; el 61,4% de los casos fueron de sexo femenino y el 38,6% de sexo masculino. La mayor frecuencia de casos en el sexo masculino se agrupó entre los 65 y 79 años de edad (49,1%); mientras que, en el sexo femenino la mayor frecuencia se agrupó entre los 45 y 69 años de edad (51,8%).

Los tipos de cáncer más frecuentes a nivel global fueron los de cérvix (15,5%), estómago (12,8%) y (11,7%). En el sexo masculino, los tipos

de cáncer más frecuentes fueron los de estómago (16,9%), próstata (16,1%) y piel (15.0%); mientras que, en el sexo femenino los más frecuentes fueron los de cérvix (25,1%), mama (14,8%) y estómago (8,5%) respectivamente.

- **Definición**

Cáncer es un término que se usa para enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos. Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático.

El cáncer no es solo una enfermedad sino muchas enfermedades. Hay más de 100 diferentes tipos de cáncer. La mayoría de los cánceres toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan; por ejemplo, el cáncer que empieza en el colon se llama cáncer de colon; el cáncer que empieza en las células basales de la piel se llama carcinoma de células basales.

- **Origen**

El cuerpo está formado de muchos tipos de células. Estas células crecen y se dividen en una forma controlada para producir más células según sean necesarias para mantener sano el cuerpo. Cuando las células envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por células nuevas.

Sin embargo, algunas veces este proceso ordenado se descontrola. El material genético (ADN) de una célula puede dañarse o alterarse, lo cual produce mutaciones (cambios) que afectan el crecimiento y la división normales de las células. Cuando esto sucede, las células no mueren cuando deberían morir y células nuevas se forman cuando el

cuerpo no las necesita. Las células que sobran forman una masa de tejido que es lo que se llama tumor.

- **Factores de riesgo**

La herencia genética y el medio ambiente son los principales factores de riesgo en el desarrollo de cáncer. De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer, los factores específicos de riesgo se dividen en estas categorías e incluyen:

Envejecimiento: El factor de riesgo más importante de cáncer es el envejecimiento. La mayoría de los cánceres ocurren en las personas después de los 65 años de edad. Aunque personas de todas las edades, incluyendo los niños, pueden padecer cáncer también.

Consumo de productos del tabaco. Los estudios de investigación consistentemente relacionan la exposición a productos del tabaco (ya sea por fumar, mascar o por exponerse al humo de segunda mano) con ciertos tipos de cáncer o a otras enfermedades potencialmente mortales. Estas incluyen cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares.

Dieta rica en grasa. Los científicos creen que existe una conexión entre una dieta rica en cierto tipo de grasa y el cáncer de colon y recto.

Obesidad. Los estudios de investigación indican que la obesidad (altos niveles de grasa en el cuerpo) aumenta el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer.

Radiación Ultravioleta (uv). La exposición prolongada a la luz del sol, camas de bronceado o lámparas de sol aumenta el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer del piel, incluyendo el melanoma.

Alcohol. Consumir alcohol en exceso, especialmente asociado con fumar, aumenta el riesgo para de ciertos cánceres.

Radiación ionizante. El cáncer de pulmón y la leucemia, entre otros, pueden ser causados, en parte, por la exposición a rayos-X y a sustancias radioactivas. Existen ciertos trabajos potencialmente carcinógenos tales como asbesto y pinturas.

Productos químicos, metales, pesticidas. Muchos pesticidas utilizados comúnmente y productos de limpieza para el hogar, contienen sustancias químicas que causan cáncer en animales de laboratorio.

Terapia de reemplazo hormonal (HRT). Los estudios de investigación indican una conexión entre la terapia de reemplazo hormonal y el cáncer de mama en mujeres.

Dietilestilbestrol (DES). El DES es estrógeno sintético, una hormona femenina. Entre los años 1938 y 1971 el DES se recetó a mujeres para ayudarlas con problemas del embarazo. En 1971, El DES se relacionó a un cáncer raro (llamado adenocarcinoma de células claras) en las hijas de madres que usaron esta hormona (DES) durante el embarazo. El riesgo que tienen las hijas de mujeres expuestas a DES, de desarrollar este tipo de cáncer es de aproximadamente 1/1000 (0.1 por ciento).

Antecedentes familiares de cáncer. Algunos tipos de cáncer tienden a ocurrir con más frecuencia en algunas familias, lo que sugiere que hay un riesgo genético mayor. (24)

- **Tratamiento**

Los principales enfoques terapéuticos para controlar el cáncer son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia y los modificadores de la respuesta biológica. Dado que los tumores malignos son tan variables en cuanto a su presentación y conducta, la elección de uno o más métodos constituye una tarea difícil. Los objetivos fundamentales del tratamiento son la curación, el control y el alivio. El objetivo del

tratamiento curativo es la total erradicación del tumor. El control se refiere a la detección o enlentecimiento del crecimiento tumoral, aunque sin conseguir su curación. Este tratamiento puede mejorar la supervivencia, así como la calidad de vida.

B. Quimioterapia

- **Finalidad del tratamiento**

La quimioterapia se utiliza para el tratamiento del cáncer, ya sea de una masa sólida o no, como en el caso de la alteración maligna de las células de la sangre.

La quimioterapia puede ser administrada con diferentes finalidades: ya sea de Curación donde la finalidad es erradicar totalmente cualquier célula maligna; control, en donde se busca evitar que el cáncer se extienda a otras partes del cuerpo y mantener el cáncer latente para así retrasar el desarrollo de la enfermedad o solo para la mejoría de los síntomas en donde se dice que es paliativa porque tiene como único objetivo mejorar la calidad de vida de la persona reduciendo o controlando los síntomas derivados de la enfermedad.

Según sea el caso a algunos pacientes se les administra la quimioterapia en forma diaria, semanal o quincenal. Otros pacientes la reciben cada 21 o 28 días, La dosis depende del diagnóstico y de la respuesta del organismo al tratamiento. (25)

- **Mecanismo de acción**

La quimioterapia actúa de forma sistémica, es decir, que por medio de la sangre llega a todas las partes del cuerpo, a diferencia de la radioterapia, que destruye las células cancerosas de un tumor sólo en el lugar específico del organismo donde se aplica.

La quimioterapia actúa sobre las células que se dividen y se reproducen rápidamente, que es una de las características principales de las células tumorales. Pero hay otras células del organismo, células sanas, que también se reproducen rápidamente y que, por lo tanto, aunque sean células normales, también sufren las consecuencias de la quimioterapia. Aparecen así los efectos secundarios no deseados, lo que es lo mismo, la toxicidad.

- **Efectos del Cáncer y la Quimioterapia en los Aspectos Físico, Psicológico y Social.**

-Aspecto Psicológico

La enfermedad oncológica produce un enorme impacto en el paciente y en su entorno familiar y social que ve peligrar:

- su vida
- su integridad corporal y su bienestar (Se pueden producir cambios físicos permanentes, incapacidad, dolor.)
- el concepto de sí mismo y los planes de futuro
- el propio equilibrio emocional

La reacción de cada paciente es diferente y única ante el diagnóstico de un cáncer e implica un proceso adaptativo que es una continua reestructuración y no algo fijo en el tiempo.

El tratamiento de quimioterapia va a producir problemas tales como el cambio en la imagen corporal, disminución de la autoestima y pérdida de la libido.

El uso de pelucas y gorros para esconder la alopecia se asocia también al estigma, y especialmente las mujeres se sienten vinculadas al estereotipo social de “paciente con cáncer”. (26)

La depresión que se presenta en esta etapa estaría asociada al riesgo incrementado de muerte, por lo que su identificación o la identificación de cualquier malestar emocional, podrían modificar la calidad de vida y el tiempo de supervivencia de la paciente con Cáncer.

-Aspecto Físico

En el paciente que recibe quimioterapia puede producirse efector secundarios no deseados, tales como:

la anemia, la leucopenia, la plaquetopenia, la mucositis oral y la estomatitis, la dificultad en la ingesta por la alteración del gusto y del olfato, fatiga, las náuseas y los vómitos, el estreñimiento, la diarrea, la anorexia, la astenia, la caída de pelo o alopecia, las alteraciones de la piel y las uñas, los cambios en el sistema nervioso, en el sistema reproductor, en el sistema renal y en el sistema cardiaco, y los síntomas gripales.

Las náuseas pueden afectar a un 25-33% de los pacientes en tratamiento activo, los vómitos anticipatorios a un 11-20% y las reacciones de ansiedad anticipatoria a un 60% (Carey y Burish, 1988) (27). Estos síntomas conllevan una tendencia a la depresión y la ansiedad y, por tanto, una disminución considerable de la calidad de vida.

La mayoría de los efectos secundarios desaparece cuando se acaba el tratamiento, pero en algunos casos pueden pasar meses o años antes que desaparezcan e, incluso, algunos efectos secundarios pueden ser permanentes.

-Aspecto Social

El dolor físico y emocional conduce a la ansiedad, a la depresión reactiva y a tendencias al aislamiento. Las ideas de llegar a morir se asocian a separarse de los seres queridos y a suspender las metas vitales que se habían fijado.

Las relaciones familiares se afectan producto de la ansiedad y deterioro en las relaciones con la pareja y los hijos. (28)

F.2.3. CALIDAD DE VIDA EN ADULTO MAYOR CON CANCER.

A nivel Mundial se ha incrementado la expectativa de vida y un mayor número de personas llegan a tener más de 60 años. Esto trae consigo un incremento proporcional en las diferentes enfermedades crónicas degenerativas y discapacidad.

Ante esto, ha surgido el interés y la necesidad, en las tres últimas décadas, por conocer cómo se encuentra la Calidad de Vida (CV) de las personas que han llegado a esta edad, para promover su bienestar.

A continuación se presentan las principales definiciones dadas a la calidad de vida.

A. Definiciones de la Calidad de Vida

Antes de revisar el concepto de calidad de vida, los elementos que la componen y las investigaciones a las que ha sido sujeta, resulta de gran importancia detenerse en el significado de calidad y el de vida.

El término calidad proviene del latín *qualitas*, a la que significa la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor. Es entendida como una cualidad de superioridad o excelencia de una persona o cosa. (29)

Para Romay (1994), la calidad incluye componentes como el valor, aspecto que queda a la subjetividad de quien lo juzga; es decir ciertos individuos percibirán algo como de calidad siempre en cuando respondan a sus necesidades y expectativas. De esta afirmación se puede retomar la importancia de indagar acerca de la percepción del grupo de evaluación tiene sobre los elementos que constituyen su vida y sobre los cuales se decide si está o no es de calidad.

Por otro lado, para leelakvithanit y Day(1992) es un complejo dimensional que puede ser vista como un todo compuesto de varias áreas específicas que determinan y son determinadas por el estilo de vida; es así como Sen(2002), también indica que la calidad de vida implica una libertad para llevar diferentes tipos de vida. La vida tiene que ver con sus propios componentes o aspectos fundamentales de la existencia humana: la supervivencia, la cultura, la permanencia en el mundo, las condiciones en que esto se da. (30)

Para conocer que es calidad de vida es necesario que las personas describan el significado de lo que la vida es para ellos; lo cual hace difícil el obtener una definición precisa.

El concepto de calidad de vida en las últimas décadas ha evolucionado desde las perspectivas filosóficas y sociológicas iniciales hacia una concreción mayor relacionada con las prácticas profesionales en los servicios sociales, la salud y la educación. La investigación ha avanzado en la comprensión del concepto desde la perspectiva unidimensional hacia modelos multidimensionales centrados en la persona y su comportamiento. El camino seguido ha permitido concretar primero las áreas o dimensiones importantes del concepto, para después profundizar en los indicadores más relevantes. Junto a la evolución conceptual uno de los retos actuales es el desarrollo de

distintas estrategias de evaluación que permitan multiplicar las aplicaciones del concepto en distintas realidades.

Si bien el tema de la calidad de vida o de la “buena vida” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término. (31)

La evaluación de la calidad de vida no es un concepto nuevo, ya que en el año 1947, Knrnofsky y Burchenel introdujeron este aspecto en estudios de quimioterapia en el tratamiento de enfermedades Neoplásicas. Pero no fue hasta 1952, y después de que la Organización Mundial de la Salud, definiera como “La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”(32), que algunos investigadores se plantearon considerar la calidad de vida como una medida a tener en cuenta, ya que representa el resultado final de una actuación médica desde la importante visión de su protagonista, el propio paciente.

Del mismo modo la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida debido a la prevalencia de enfermedades crónicas en las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes.(33)

-Medición

La calidad de vida es un concepto difícil de definir, y por lo tanto, de medir, debido a que su base conceptual involucra a la autopercepción del paciente considerado como un concepto subjetivo; sin embargo para evitar la variabilidad causada por los instrumentos de medición, la OMS , recomienda que un instrumento que pretende medir calidad de vida debe contener los siguientes puntos:

- Medidas subjetivas (recoger la percepción de la persona involucrada).
- Multidimensionales (revelar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional y social)
- Incluir sentimientos positivos y negativos.
- Que un instrumento contenga variabilidad en el tiempo, es decir, que se registre la etapa que se está viviendo: niñez, adultez, enfermedad, etc. (34)

Es así que para tal fin se creó WHOQOL-100(1991) Y WHOQOL-brief (1994), único instrumento internacional de la OMS de medición de la calidad de vida.

B. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

El término Calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS) incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud.

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos

serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida.

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

Patrick y Erickson (1993), la definen como “*la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud*”. (35)

Para Schumaker & Naughton (1996), es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo; es decir la esencia de este concepto es el reconocimiento de que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Hasta el momento, las evaluaciones de CVRS asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolos de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento). Hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que se puede encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena (Leplège y Hunt, 1998).

Sin embargo, en la medida en que éste es un campo dinámico, de reciente desarrollo, comienzan a aparecer otros conceptos, no necesariamente compartidos por todos los investigadores, pero que tienen su anclaje en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948:

“... un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad”. (36)

Sin embargo, esta definición no pasó de ser una expresión de deseos y la práctica médica así como las evaluaciones poblacionales de salud fueron alejándose cada vez más de este concepto.

Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

Desde el punto de vista clínico, es clásico observar que, para muchos pacientes sus valores personales o sus creencias religiosas, ideológicas, políticas, influyen sobre su estado de ánimo y pueden ser una fuente de fortaleza que influye sobre la salud. La necesidad de darle un sentido a la vida es un rasgo universal, que es esencial a la vida misma y la falta de sentido puede engendrar sentimientos de vacío y desesperación.

De todo lo mencionado se entiende que la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido la etapa de la vida en que se produce la enfermedad.

Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas.

De acuerdo con Schwartzmann (2003), la Calidad de Vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que la persona tiene sobre su condición física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social, así como con el sentido que le otorga a su propia vida.(37)

Por su parte la OMS (1993), la conceptualiza cinco amplios dominios: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y entorno.

De todo lo mencionado se puede identificar varios componentes comunes de la calidad de vida de una persona y estos factores variarán de acuerdo a variables contextuales tales como la edad, genero, posición social, entre otros.

- **Dimensiones de la CVRL**

El propósito fundamental de la utilización y medición de la CVRS consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención en salud.



Fuente: Aspectos Conceptuales de la calidad de Vida Relacionada a la Salud
Laura schwartzmann.

De lo expuesto se observa que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad (Schwartzmann, L.; Olaizola, I.; Guerra, A.; Dergazarian, S.; Francolino, C.; Porley, G.; Ceretti, T., 1999).

La calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado (Vinaccia y Orozco, 2005).

La valoración se realiza sobre un amplio conjunto de factores circunstanciales de la propia persona, que pueden agruparse en tres categorías: físico biológicas (síntomatología general, discapacidad funcional, sueño), emocionales (sentimientos de tristeza, miedo,

inseguridad, frustración) y sociales (situación ocupacional, relaciones familiares y sociales, recreación). Tal valoración es un proceso individual influido o moderado por otras personas, pero indiscutiblemente personal; la realiza el individuo de acuerdo con sus propios valores, experiencias, creencias, expectativas y percepciones (Vinaccia y et al., 2006).

Al respecto, Schwartzmann y col. (1999) proponen un modelo de evaluación de factores psicosociales determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud. Este modelo considera que la calidad de vida es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, interacciones determinadas por factores orgánicos (tipo de enfermedad y evolución), psicológicos (personalidad y grado de cambio en sistema de valores, creencias y expectativas), sociales y familiares (soporte social recibido y percibido), y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente.

En General la Calidad de Vida Relacionada con la Salud está orientada hacia la perspectiva de la persona afectada, considerando a ésta como el mejor evaluador de su propia Calidad de Vida (Aaronson 1993; Barreto y Bayés, 1990).

C. Calidad de vida en la Vejez

Neri (1993), relaciona la calidad de vida en la vejez como el resultado de un proceso adaptativo multidimensional que involucra variables históricas, socioculturales e individuales y que se manifiesta, desde el punto de vista emocional, como habilidad de autorregulación para enfrentar situaciones estresantes; desde el punto de vista cognoscitivo,

como la habilidad de resolver problemas; y desde el punto de vista comportamental, en términos de ejecuciones efectivas y competencia social.

Por su parte, Lazarus (1998, 2000), menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los Temores por la pérdida del control. (38)

Las condiciones desfavorables antes mencionadas hacen difícil y complicada la vida de los ancianos, originando en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además, la “fragilidad” física que aumenta en este periodo de la vida hace que las personas de la tercera edad muchas veces tengan que suspender sus labores provocando sentimientos de inutilidad, disminuyendo su participación, lo que reduce sus redes de apoyo social y emocional, posibilitando así la psicopatología de la depresión en esta población (González-Celis, 2009). (39)

González-Celis y su equipo de colaboradores evaluaron de algunas variables asociadas a la calidad de vida de los ancianos mexicanos en escenarios diferentes: en dos centros de salud de instituciones del sector salud, y en centros recreativos-culturales para ancianos; al analizar los resultados del primer estudio, la espiritualidad resaltó como elemento importante en el funcionamiento de la calidad de vida, concordando así con Viamonte (1993) sobre la inclusión de

dicho aspecto como uno de los cinco para mantener un equilibrio dentro del bienestar del individuo, posiblemente como estrategia de afrontamiento utilizada por los adultos mayores; en tal sentido la espiritualidad se retoma no sólo como la pertenencia a algún grupo o asociación de tipo religioso, sino como la creencia de algo que repercute en la vida diaria y el sentido de trascendencia.

La calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad. Si bien este concepto es uno de los más utilizados en las ciencias sociales y en la planificación social en general, está adquiriendo nueva vigencia en relación al envejecimiento y plantea nuevos retos en términos de desarrollo conceptual y aplicación práctica. A nivel teórico, el concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológicas como sociales, y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma la necesidad de identificar los elementos de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, entre otros) y subjetiva (satisfacción, autopercepción) intervinientes.

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

-Calidad de Vida del Paciente con Cáncer sometido a Quimioterapia.

La Calidad de Vida de las pacientes con Cáncer puede verse influenciada tanto por variables de tipo biológico o físico, como ser el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento y sus efectos

secundarios, el pronóstico y las posibilidades de rehabilitación; como por variables psicosociales como la imagen corporal, el *status* emocional y las relaciones de pareja.(40)

Para el paciente con cáncer, el apoyo de su familia es básico, y no solo porque le ayuda a mejorar la calidad de vida que tendrá durante el curso de su enfermedad, sino porque un estado emocional adecuado puede mejorar la respuesta terapéutica. Evitar situaciones de estrés asociado hacen más llevaderas las reacciones y síntomas propios de la patología y mejoran la eficacia de los tratamientos recibidos (41).

Por lo investigado, la literatura que analiza los efectos de la quimioterapia en la calidad de vida no es demasiado amplia y se ha centrado en describir aspectos como la fatiga (Vincent, Graydon, 1994).

Otros autores han señalado que los pacientes con una peor calidad de vida son los que tienen mayor tendencia a abandonar la quimioterapia (Gilbar, 1991); no obstante otro grupo de investigadores (Ahles. 1994) ha señalado que, aun cuando en ciertos casos la quimioterapia consiga un aumento de la supervivencia, ésta se logra a costa de un importante deterioro de la calidad de vida.

En un estudio realizado en España en pacientes que reciben quimioterapia, los resultados nos indican que independientemente del tipo de quimioterapia, "las mujeres experimentan más deterioro en su calidad de vida durante el tratamiento, y, por otro lado, que a mayor número de ciclos de quimioterapia recibidos, se muestra un mayor deterioro en la calidad de vida de los pacientes.

F.2.4. GENERALIDADES SOBRE LA PERCEPCION

La percepción es un proceso que nos permite conocer la realidad. Es el resultado de un proceso cognitivo por el cual se otorga un significado a la realidad en base a sus sentidos, modelos e ideales.

Zambrano la define como “La Organización e Interpretación de los estímulos que llegan al organismo a través de los órganos de los sentidos. Implica la relación entre la vida interior del sujeto y el mundo circundante y la concordancia entre el estímulo y la significación del sujeto”. (42)

La percepción no es la suma de sensaciones, es más complejo y se orienta hacia una actividad basada en tres aspectos:

- Las sensaciones y los estímulos que producen la percepción, se influyen mutuamente.
- La percepción en los humanos es una unidad de lo sensitivo, lógico, práctico y del pensamiento.
- La percepción refleja la personalidad , actitudes y experiencias

Lilly Cevallos, refiere que la percepción es “ Un proceso mental , cognoscitivo que nos permite a su vez formar conceptos , opiniones , impresiones , sentimientos acerca de un individuo , objeto o fenómeno en función de las experiencias pasadas , al contexto social , al conocimiento de la realidad de acuerdo a nuestras necesidades , intereses , aspiraciones y deseos.(43)

Cada persona tiene un concepto del sí mismo y en función de éste, procesa y organiza la información de su contexto en una estructura que le proporciona la base de principios para actuar en el presente y en el futuro, es así como el sujeto mantiene y desarrolla un esquema básico de su propia autopercepción que se extiende hasta el período de la jubilación.

Según Sáez y Vega (1989), Meléndez (1994), el carácter de esta autopercepción puede tomarse como un predictor para conocer qué cambios seguirá el sujeto en la necesaria readaptación que, con toda seguridad, habrá de acometer al llegar el período de la jubilación. Ello sin olvidar, que acontecimientos de distinta índole pueden modular sus decisiones a tomar ante conductas y opiniones pero, siguiendo la dirección ya emprendida y desarrollada a lo largo del ciclo vital.

Para Daryl Bem(1972), en su Teoría de la Autopercepción, nosotros inferimos cuales son nuestros estados internos(creencias, actitudes, motivos y sentimientos), al percibir la forma en la que estamos actuando ahora , recordando la manera en la que actuamos en el pasado , en una situación dada.

Dado que la percepción está determinada en base a nuestras propias experiencias, modelos, ideales y expectativas, se puede afirmar que la percepción en el adulto mayor está influenciada por los cambios que sufre, producto del envejecimiento y en caso de personas con enfermedades como el cáncer también se verá influenciada por los efectos físicos, psicológicos y sociales derivados de ésta y de su tratamiento.

Pese a ello, cuando los adultos mayores comparan su estado de salud con las expectativas negativas anticipatorias que mantenían, el resultado generalmente es positivo, con lo que aumentan su nivel de satisfacción y autovaloración a pesar de las limitaciones físicas

objetivas que puedan existir, lo cual contribuye a que puedan adoptar una actitud positiva activa ante la resolución de problemas y el afrontamiento de situaciones estresantes.

Por su parte Knox (1977), sugiere que mientras no existan modificaciones drásticas en las actividades y los roles cotidiano, la gente debería continuar percibiéndose de forma positiva. El matrimonio, la participación comunitaria, estar unido o ser parte de grupos sociales, ayuda a mantener el sentido de continuidad incluyendo una autopercepción más positiva incluso después de la jubilación.

Sin embargo los cambios morfológicos mencionados, la aparición de enfermedades y tratamientos, que traen consigo numerosos efectos secundarios como el caso de la quimioterapia, van a contribuir a que el adulto mayor no solo presente un deterioro de la imagen de sí mismo y de su autoestima sino que origine perturbaciones en el concepto de sí mismo.

Estas modificaciones obligan a formular la apreciación que tiene de sí y de su propia identidad personal. Esta reformulación puede hacerse en forma positiva o satisfactoria o a su vez puede potenciar su deterioro físico y/o mental.

▪ **Características de la Percepción**

Es subjetiva, ya que las reacciones de un mismo estímulo varían de un individuo a otro.

La condición de selectiva en la percepción es consecuencia de la naturaleza selectiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo conceptual en función de lo que desea percibir.

Es temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo, la forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen de experiencias, o varían las necesidades o motivaciones o de los mismos.

▪ **Medición de la percepción**

Las escalas constituyen el método de captación de datos que más se utilizan en la esencia de comportamiento

La escala Likert fue diseñada para medir actitudes pero, por lo fácil que es construirla, contestarla y analizarla, y porque sus propiedades psicométricas (validez, confiabilidad) son relativamente fáciles de evaluar, es usada para medir opiniones, percepciones, valores, aspectos de personalidad y otras variables. Esta escala consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos.

F.2.5. LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA.

La intervención de enfermería está basada en minimizar las molestias relacionadas al tratamiento del paciente. Estas se deben aplicar en la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del paciente.

La contribución de la enfermera en dicho proceso, incluye intervenciones en el antes, durante y después de la administración de quimioterapia. Estas acciones, mejoran la calidad de atención y garantizan el cumplimiento de la terapéutica.

Desde el punto de vista psicológico cuando el paciente se le diagnostica o imagina una enfermedad maligna transcurre por

diferentes fases de la agonía: negación, rebelión, negociación, depresión y aceptación. El cuerpo experimenta dolor mientras el “yo” sufre. El sufrimiento ataca la integridad y totalidad del individuo dominando su autopercepción y produciendo agonía permanente. (48)

La atención de enfermería en cuanto al aspecto emocional va encaminado a brindarle la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda afecto, permitir expresiones y necesidades de comunicación, y así aumentar la autoestima, reducir su soledad, cambiar su entorno, minimizar su tensión emocional y sentimientos de miedo.

En general la enfermera que labora en servicio de quimioterapia se encarga de promover la salud física y emocional del paciente oncológico, así como educar al paciente para prevenir los efectos secundarios de la quimioterapia, que tiene como base una atención integral considerando al paciente oncológico como un ser biopsicosocial.; basado en una atención de calidad en la que la enfermera brinda al paciente oncológico una atención en forma amable, cortés, respetuosa creando así un clima de confianza para el cuidado de la salud del paciente.

Los cuidados de enfermería requieren estrategias múltiples de valoración e intervención, que comienza con la comprensión profunda de cinco elementos principales: el estado del paciente, el objetivo de la terapia, la dosis, los horarios y la vía de administración del medicamento, los principios de administración y los efectos secundarios posibles. Otros aspectos incluyen la monitorización de la respuesta a la terapia, la valoración y el registro frecuente de los signos y síntomas.

La enseñanza al paciente y a la familia sobre muchos aspectos de la quimioterapia tiene como objetivos:

- Que el paciente sea capaz de reconocer los efectos secundarios de los medicamentos y tomar las precauciones correspondientes.
- Identificar y comunicar signos y síntomas de infección.
- Evitar el abandono al tratamiento.

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

- **AUTOPERCEPCIÓN**

Es la expresión o respuesta emitida por el adulto mayor con cáncer que recibe tratamiento de quimioterapia ambulatoria a partir de sus recuerdos , impresiones , imágenes y sensaciones externas , acerca del efecto que tiene su situación actual sobre su calidad de vida.

- **CALIDAD DE VIDA**

Es el grado de bienestar físico, psicológico y social que el adulto mayor concibe en base a una valoración subjetiva de sus limitaciones, disminución de oportunidades y la satisfacción de sus necesidades relacionadas con la enfermedad y el tratamiento de quimioterapia.

- **ADULTO MAYOR**

Persona de 60 años a mas que ha sido diagnosticado con cáncer y que se encuentra recibiendo tratamiento en la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria.

- **QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA**

Tratamiento que consiste en la administración de medicamentos orales o intravenosos que recibe el paciente con cáncer durante una estancia máxima de 6 horas.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO , NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo cuantitativo porque asigna un valor numérico a la variable, nivel aplicativo ya que parte de la realidad para modificarla centrándose en contribuir en la solución de un problema, método descriptico simple en cuanto consiste en caracterizar la variable de estudio, de corte transversal ya que nos permite obtener información en un determinado tiempo y espacio.

B. DESCRIPCIÓN DEL AREA DE ESTUDIO:

La investigación se realizó en el Hospital Nacional “Edgardo Rebagliati Martins” – EsSalud, hospital de IV nivel de atención de salud, que atiende a la población asegurada de la ciudad de Lima y también a pacientes transferidos de todo el país. La función de éste hospital es la promoción, la prevención, recuperación, rehabilitación, docencia e investigación en el campo de la salud.

El Hospital Rebagliati, está ubicado en el Distrito de Jesús María, provincia de Lima, en un área de 145,370.08m. Tiene un edificio con 14 pisos, cada uno con tres sectores A, B Y C; donde se atienden pacientes con problemas de salud de medicina y especialidades, cirugía y especialidades, maternidad y pediatría.

El área de estudio fue la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria /Cuidados Paliativos ubicado en el octavo piso B, subiendo por el ascensor a la mano derecha se encuentra la recepción de pacientes en el

cual el personal los registra según su llegada, inmediatamente a lado se encuentra la unidad de quimioterapia.

Antes de ingresar a las respectivas salas, todo paciente debe realizarse el lavado de manos.

El área de quimioterapia cuenta son tres salas equipadas para la atención del paciente oncológico, en cada una de ellas se encuentran dos enfermeras encargadas de brindar la atención al paciente desde su llegada hasta que el paciente sale en dirección de su hogar.

La atención del paciente se realiza a partir de las 8am según el horario de cita de lunes a sábado, habiendo un mayor número de pacientes atendidos los lunes y martes.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo conformada por todos los adultos mayores que acudieron a la Unidad de quimioterapia con una estancia hospitalaria no mayor de 6 horas que fueron 150 entre varones y mujeres.

La muestra se obtuvo por muestreo no probabilístico a conveniencia o intencional, la cual estuvo conformada por 44 pacientes. Para la selección de la misma se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión son:

- Adultos mayores varones y mujeres de 60 años a más.
- Adultos mayores con diagnóstico de cáncer, debido a que anteriormente la Unidad de Quimioterapia también acogía a pacientes de reumatología quienes recibían un tratamiento similar.

- Adultos mayores que deseen participar del estudio previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión son:

- Adultos mayores con deterioro cognitivo.
- Adultos mayores con disminución de la agudeza visual
- Adultos mayores que no sepan leer ni escribir
- Adultos mayores que no deseen participar en el estudio
- Adultos mayores que se encuentren recibiendo su primera quimioterapia.
- Adultos mayores que reciban actualmente otro tratamiento además de la quimioterapia (radioterapia, inmunoterapia, etc.).
- Adultos mayores que se encuentren bajo estado somnolencia debido a medicamentos relajantes usados antes de la quimioterapia.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento la escala tipo Likert modificada tomándose en cuenta enunciados del cuestionario WHOQOL-Bref de la OMS, el cuestionario multidimensional de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento (EORTC) básico (QLQ-C30) que fueron adaptados al instrumento.

El cuestionario está conformado por presentación, instrucciones, datos generales y contenido, el cual fue sometido a juicio de expertos a fin de presentar los resultados en la tabla de concordancia y la prueba binomial. **(Ver Anexo D)**

Posteriormente se realizaron los ajustes necesarios al instrumento en base a las observaciones consideradas con el fin de realizar a cabo la

prueba piloto, determinar la validez y la confiabilidad estadística mediante la prueba de correlación de Pearson(**Anexo E**) y α de crombach. (**Ver Anexo F**).

E. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se realizaron las coordinaciones y los trámites administrativos establecidos por el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, presentando el Proyecto de investigación a las autoridades pertinentes.

La recolección de datos se efectuó en el mes de mayo los días lunes, martes y miércoles de 8 a 10 am, debido a que en ese horario los pacientes aún no se encuentran completamente bajo los efectos sedantes de los pre medicamentos. La duración de cada encuesta fue de 20 min como máximo y previo consentimiento informado.

F. PROCESAMIENTO, PRESENTACION Y ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Culminada la etapa de recolección de datos, éstos fueron procesados mediante el paquete de Excell 2007, previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz (**ver Anexo H**).

Posteriormente los resultados serán presentados en tablas y gráficos estadísticos de columnas para realizar el análisis e interpretación de datos considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable Autopercepción de la Calidad de vida se utilizó la escala de Estanones (**ver Anexo G**) valorando en favorable, medianamente favorable y desfavorable.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la ejecución del estudio se tuvo en consideración contar con la autorización del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, para lo cual se envió una solicitud al Jefe de la Oficina de Capacitación del HNERM, para que se nos brinden las facilidades, previa autorización por parte del Departamento de Enfermería.

Al aplicar el instrumento en la Unidad de Quimioterapia se utilizó el consentimiento informado (**ver Anexo C**) de cada uno de los participantes, basado en el principio de autonomía, mediante el cual todas las personas deben decidir teniendo en cuenta toda la información necesaria.

Se le explicó además al familiar participante que los datos recolectados serían anónimo, confidencial y que la información recolectada sería exclusivamente utilizada para la investigación.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectado los datos, éstos fueron procesados y presentados los resultados en cuadros y gráficos estadísticos, para el análisis e interpretación de acuerdo al marco teórico

A. RESULTADOS

DATOS GENERALES

Del 100% (44) de pacientes que fueron encuestados , en relación al sexo ,el 52.3% (23) son del sexo femenino y 47.7%(21) son del sexo masculino ; en relación la edad , el 47.7%(21) del total de pacientes tienen edad de 71 años a mas, el 34.1% tienen edad de 60 a 65 años y el 18.2%(8) tienen de 66 a 70 años; en relación al estado civil, se aprecia que del total de pacientes, el 79.5%(35) son casados , el 11.4%(5) son viudos y el 9.1%(4) son separados; en relación al grado de instrucción , el 72.7%(32) tienen un grado de instrucción superior, el 22.7%(10) tienen grado de instrucción secundaria y el 4.5% (2),tienen un grado de instrucción primaria; en relación a el tratamiento actual, el 100%(44) de los pacientes encuestados cursan actualmente con solo el tratamientos de quimioterapia; en relación a la duración del tratamiento ,el 50%(22)de los pacientes tuvo una duración de tratamiento actual entre 3 y 6 meses , el 29.5%(13), tuvo una duración mayor de 6 meses y el 20.5%(9), tuvo una duración de tratamiento menor de 3 meses; en relación a la ocupación actual , el 65.9%(29) son jubilados , mientras que el 34.1%(15) se encuentran empleados.(Ver Anexo I)

El mayor porcentaje de pacientes adultos mayores encuestados que acuden a la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria del Hospital Nacional

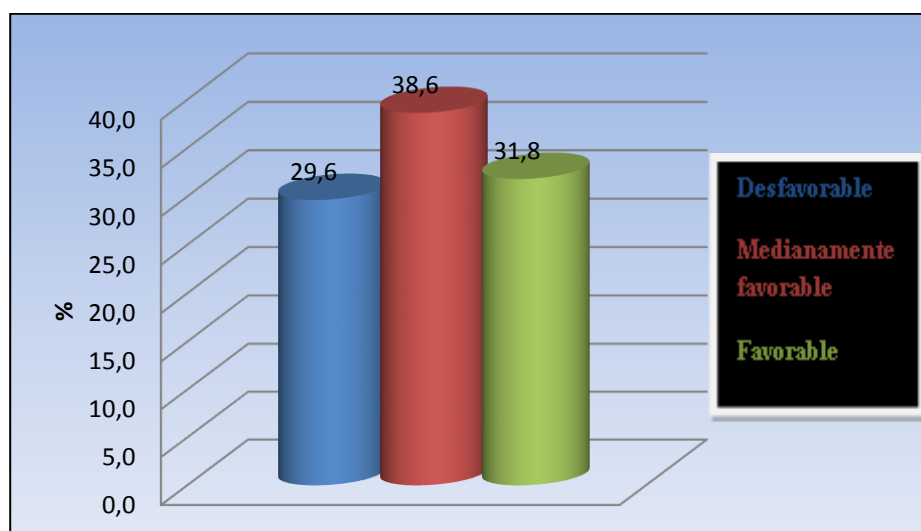
Edgardo Rebagliati Martins son predominantemente de sexo femenino, cuyas edades fueron de 71 años a más, la mayoría con un nivel de instrucción superior, se encuentran recibiendo tratamiento de quimioterapia por más de 3 meses hasta la fecha y el mayor porcentaje se encuentra jubilado o en su casa.

DATOS ESPECIFICOS

A continuación se presentan los datos específicos hallados que darán respuesta a los objetivos planteados.

GRAFICO N° 1

AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON DIAGNÓSTICO DE CANCER SOMETIDO A QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN LA DIMENSION FISICA.HNERM LIMA-PERU 2013



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a la Unidad de Quimioterapia del HNERM.2013

Del Grafico N° 1 respecto a la Autopercepción de la Calidad de Vida del Adulto mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia Ambulatoria en la dimensión física, se aprecia que del 100% (44), el 38.6% tiene una autopercepción de la calidad de vida en la dimensión física medianamente favorable, el 31.8% tiene una autopercepción favorable y el 29.6% tiene una autopercepción desfavorable.

(Ver Anexo J)

Los aspectos que los adultos mayores consideraron desfavorables en esta dimensión fueron que del 29.6%(13) del total , el 12% de adultos mayores manifestaron estar de acuerdo con que el dolor físico le impide realizar sus labores habituales, otro 12% se mostró indiferente, mientras que solo el 5.6% se mostró desacuerdo; el 9.3% manifestó no tener la misma capacidad de trabajo que antes de recibir el tratamiento de quimioterapia, mientras que el 13.3 % manifestó estar indiferente con respecto a ese ítem. El 16.7% manifestó estar de acuerdo con tener que permanecer sentado o echado en la cama la mayor parte del día. **(Ver Anexo Ñ).**

Del Grafico N° 2 acerca de la Autopercepción de la Calidad de Vida del Adulto mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia Ambulatoria en la dimensión psicológica se aprecia que del 100% (44), el 43.2%(19) tiene una autopercepción de la calidad de vida en la dimensión psicológica medianamente favorable, el 34.1%(15) tiene una autopercepción desfavorable, mientras que y el 22.7 (10) % tiene una autopercepción desfavorable. **(Ver Anexo K).**

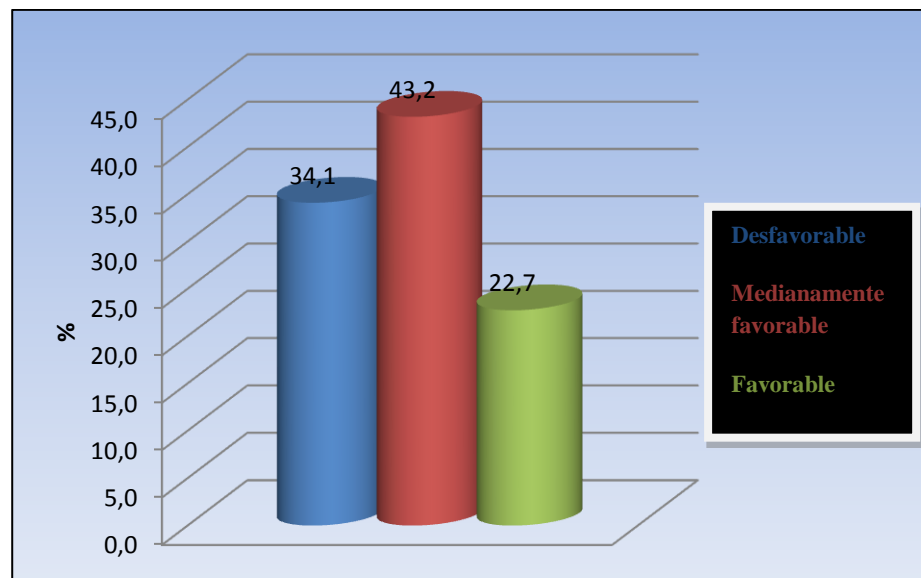
Del Grafico N° 3 acerca de la Autopercepción de la Calidad de Vida del Adulto mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia Ambulatoria en la dimensión social se aprecia que del 100% (44), el 63.6%(28) tiene una autopercepción de la calidad de vida en la dimensión social favorable, el 22.7%(10) tiene una autopercepción

medianamente desfavorable, mientras que y el 13.7 (6) % tiene una autopercepción desfavorable. (Ver Anexo L).

GRAFICO N° 2

AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON DIAGNÓSTICO DE CANCER SOMETIDO A QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA .HNERM LIMA-PERU

2013



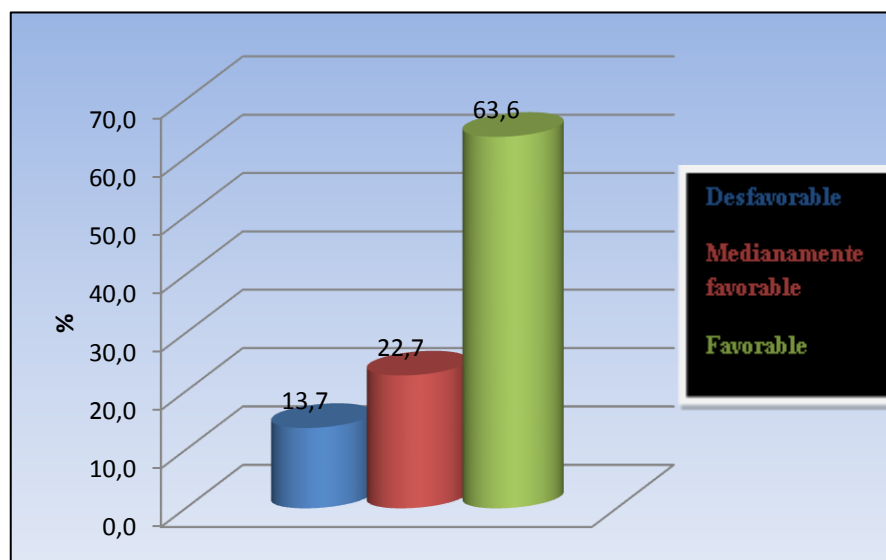
Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a la Unidad de Quimioterapia del HNERM.2013

Del Grafico N° 4 respecto de la Autopercepción de la Calidad de Vida del Adulto mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia Ambulatoria se aprecia que del 100% (44), el 43.2%(19) tiene una

autopercepción de la calidad de vida medianamente favorable, el 31.8 % (14) tiene una autopercepción favorable, mientras que y el 25 (11) % tiene una autopercepción desfavorable. (Ver Anexo M).

GRAFICO N° 3

**AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR CON DIAGNÓSTICO DE CANCER SOMETIDO A
QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN LA
DIMENSIÓN SOCIAL .HNERM
LIMA-PERU
2013**



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a la Unidad de Quimioterapia de HNERM.2013

De los resultados se puede observar que la Autopercepción de la calidad de vida que tienen la mayoría de los adultos mayores encuestados es medianamente favorable con tendencia a ser favorabilidad.

GRAFICO N° 4

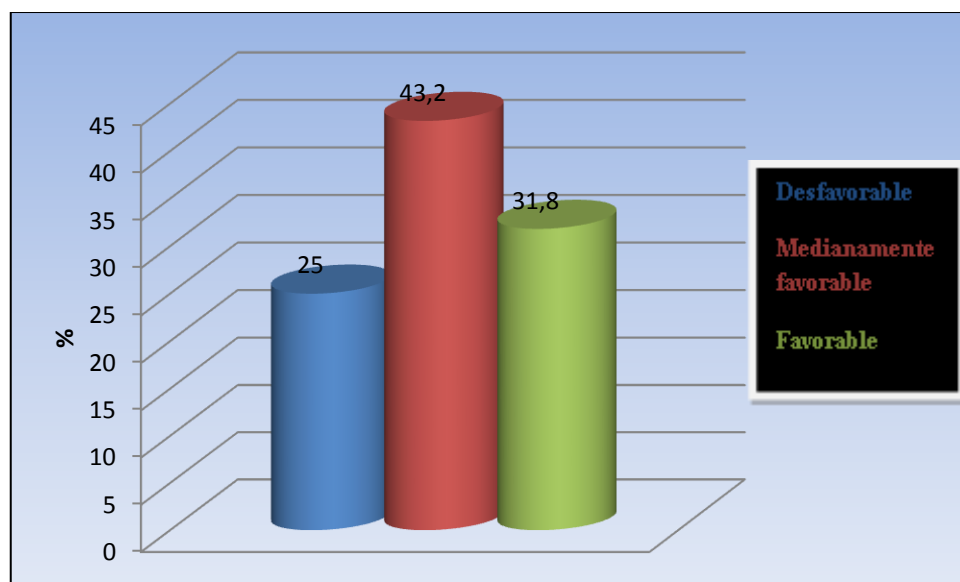
AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO

MAYOR CON DIAGNÓSTICO DE CANCER SOMETIDO A

QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA .HNERM

LIMA-PERU

2013



Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a la Unidad de Quimioterapia del
HNERM.2013

C. DISCUSIÓN

El envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo.

Así, para mantener un buen nivel de bienestar, la persona necesita reestructurar su vida en torno sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad.

El envejecimiento de la población es parte del proceso de transición demográfica, que a su vez da lugar a la transición epidemiológica, donde las enfermedades transmisibles son remplazadas por enfermedades crónicas como el cáncer.

Ante esto ha surgido el interés y la necesidad por conocer cómo se encuentra la Calidad de Vida (CV) de las personas que han llegado a esta edad y se encuentran viviendo no solo los cambios propios de la edad sino además con el padecimiento de una enfermedad que muchas veces va sumada con los consiguientes efectos secundarios del tratamiento que tienden a afectar tanto su estado físico, psicológica y social.

Los resultados de esta investigación indican que a nivel global la mayoría de los adultos mayores sometidos a quimioterapia tienen una Autopercepción medianamente favorable sobre su calidad de vida, esto se explica en afirmaciones relacionadas a estar de acuerdo con aceptar y afrontar con serenidad su enfermedad, todavía sentirse felices, sentirse queridos y apreciados, ver el futuro con optimismo, tener energía y vitalidad para realizar sus actividades, mantener un vínculo familiar y social bueno, lo cual favorece su bienestar y su calidad de vida.

Por otro lado es de preocupar que un porcentaje de 25% de adultos mayores tengan una autopercepción desfavorable sobre su calidad de vida, esto se manifiesta en aspectos relacionados a el dolor físico de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento (nauseas , vómitos,etc),y la pérdida del interés en ciertas actividades, quienes se encontrarían en riesgo de presentar un mayor deterioro de su bienestar físico , psíquico y social que aquellos que poseen una autopercepción favorable.

Similares resultados encontró Zhenia Sáenz Carhuamaca cuyos resultados fueron que “Del 100 % (32), 56 % (18) tiene una percepción medianamente favorable, 25 % (8) desfavorable y 19 % (6) favorable.”

Así mismo el 43.2% de adultos mayores tienen una autopercepción medianamente favorable sobre la dimensión psicológica de la Calidad de Vida, mientras que el 34.1% tienen un Autopercepción desfavorable.

Al respecto Rodolfo Amaut Tomaiconza en Cuzco 1990, concluye *“el área de calidad de vida más afectada por pacientes oncológicos fue el Aspecto Emocional, en el que el 56% de pacientes refirieron presentar una estado emocional deficiente”*.

En el estudio se han obtenido un resultado casi similar, debido a que un gran porcentaje de adultos mayores se muestra estar de acuerdo con haber perdido el interés por ciertas actividades, tener sentimientos de desesperanza , mientras tanto la mayoría se sienten personas queridas y apreciadas.

El enfrentarse a los cambios de la quimioterapia puede provocar reacciones emocionales, como ansiedad, depresión, temores asociados

al tratamiento y a sus efectos secundarios enmarcando un daño en el aspecto psicológico. Varios autores han analizado los efectos de la relajación en el sistema inmune de los pacientes oncológicos afecta positivamente haciendo que el paciente afronte la convivencia con la enfermedad.

Algunos estudios afirman que los pacientes que afrontan la enfermedad con un mayor espíritu de lucha, y de un modo más activo y esperanzador, permanecerán más tiempo libre de enfermedad y sobrevivirán más que aquellos que reaccionan de un modo pasivo.

Así mismo el 63,6% de los adultos mayores en el estudio tienen una percepción favorable sobre la dimensión social, mientras que solo el 13.7% tiene una Autopercepción de la Calidad de vida como desfavorable.

Al respecto Belem Peña Pérez concluye en su estudio que, *“La percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales”*.

Por otra parte Vera Mendoza, Martha *concluye en su estudio, “Calidad de vida para el adulto mayor es tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana, sin problemas personales ni conflictos familiares; es ser guiado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto”*.

En el estudio se observa que la gran mayoría de los adultos mayores con cáncer sometidos a quimioterapia perciben la dimensión social de la calidad de vida como favorable especialmente en los aspectos de mantener buenas relaciones con la familia, las relaciones con los amigos y la espiritualidad manifestada por su confianza en Dios o su Religión; lo que es positivo, una parte significativa de adultos mayores manifiesta no percibir el interés por parte de la enfermera.

La familia, enmarca así también un gran apoyo para el paciente para el paciente oncológico en saber cómo llevar la enfermedad; si las relaciones con esta son sólidas el paciente se sentirá con una mayor tranquilidad espiritual, pero si las relaciones con su familia se ven deterioradas, la enfermedad se verá aún más enmarcada.

En la dimensión física la mayoría (47 %) tiene una percepción medianamente favorable; el 28%, favorable y 25 %, desfavorable.

La aplicación de terapias antitumorales (quimioterapia, radioterapia, etc) tiene graves efectos sobre la salud general del enfermo. Hay que tener en cuenta que se emplean compuestos que resultan muy tóxicos para el organismo, además de producir inflamaciones diferentes tejidos, sobre todo los del tracto digestivo. Esta situación provoca que no se lleve a cabo una adecuada absorción de nutrientes. Además estos tratamientos provocan náuseas, vómitos otras alteraciones digestivas; así mismo los pacientes con cáncer tienden a desarrollar trastornos del ciclo sueño-vigilia.

La ansiedad y la depresión están sumamente relacionadas al insomnio.

Por otro lado los pacientes con cáncer experimentan fatiga al decir que se sienten cansados, agotados, débiles, lentos. En una persona normal, el descanso generalmente alivia su fatiga mientras que esta capacidad se encuentra disminuida en el paciente con cáncer.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

- En relación a la Autopercepción de la Calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria, el mayor porcentaje tiene una percepción medianamente favorable sobre su calidad de vida con tendencia a ser favorable.
- En relación a la dimensión física, la mayoría tiene una Autopercepción de la Calidad de Vida medianamente favorable. Los aspectos que los adultos mayores consideraron desfavorables en esta dimensión fueron el estar de acuerdo con que el dolor físico le impide realizar sus labores habituales, un grupo significativo manifestó no tener la misma capacidad de trabajo que antes de recibir el tratamiento de quimioterapia y tener que permanecer sentado o echado en la cama la mayor parte del día.
- En relación a la dimensión psicológica la mayoría tiene una percepción medianamente favorable, seguido de un significativo porcentaje de adultos mayores que tienen una autopercepción desfavorable en aspectos relacionados al tener miedo sobre su estado de salud, dificultad para relajarse y el tener sentimientos de desesperanza.
- En la dimensión social la gran mayoría de adultos mayores encuestados tiene una Autopercepción favorable. Dentro de los aspectos que perciben la dimensión social de la calidad de vida como favorables especialmente en los aspectos de mantener buenas

relaciones con la familia, las relaciones con los amigos y la religiosidad manifestada por su confianza y creencia en Dios.

B. LIMITACIONES

- Los resultados y las conclusiones de este estudio solo son válidos en la población de estudio o con características similares.

C. RECOMENDACIONES

Culminado el presente trabajo de investigación se pueden realizar las siguientes recomendaciones para profundizar el tema:

- Realizar estudios cualitativos o cualicuantitativos que no se enfoquen solo en la calidad de vida como el grado de bienestar a nivel físico, psíquico, mental y social sino como la suma de aspectos tanto objetivos como subjetivos y así poder recoger información más real y valido para diversas poblaciones de estudio.
- Realizar el estudio con una muestra mayor de pacientes que permita la generalización de los hallazgos.
- Se recomienda realizar la misma investigación en poblaciones con diferentes características que permitan una comparación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (13) ARTEAGA LLACZA, PATRICIA, "Calidad de vida del paciente oncológico que participa en estudios clínicos de investigación en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas". Lima-Perú 2009(tesis para optar el título profesional de Enfermería) pág. 20-30.
- (14) ESCOBAR RODRÍGUEZ, EVELYN "Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas" Lima-Peru.2008 "(tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería).pág. 25-30.
- (15)ESCOBAR RODRIGUEZ EVELYN, "Percepción de la paciente mastectomizada sobre su imagen corporal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas".Lima-Peru 2007 pág. 46-50
- (16) VERA MENDOZA, MARTHA, "Significado de la Calidad de Vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Centro de Salud Clas Lura Caller Ibérico", Lima-Perú 2006 .pág. 45-53.
- (17)LLERENA ARREDONDO, CECILIA, "Características de los estilos de Vida de los pacientes Oncológicos Sometidos A quimioterapia Ambulatoria en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas".Lima-Peru.2005 (tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería).pág. 40-48.
- (18) MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Perú. 2005. p. 20
- (19) GARCIA HERNANDEZ. Enfermería Geriátrica. España. 2da Ed. Elsevier Masson. 2006. p. 27, 83 – 84

- (20) VARIOS. Auxiliar Geriátrico. Conceptos Generales. España. 2006. Ed. Mad. 2006. p. 21
- (21) BRUNNER Y SUDDART. Enfermería Médico Quirúrgica. USA. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2005. p. 1297 – 1302.
- (27) ARANIBAR MURITA. Calidad de Vida. [En línea]. Disponible en: www.ciape.org.br/.../CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc.
- (28) ANDRES MARIN AGUDELO. Trastornos del Sueño, Salud y Calidad de Vida: Una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. Colombia. Ed. Suma Psicológica. 2008. p. 225 –226.

BIBLIOGRAFIA

- BOTERO DE MEJÍA, BEATRIZ EUGENIA. calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica.hacia promoción de la salud. Manizales, Colombia 2007, vol.12, n.1, pág. 11-24.
- DURAN, ORBEGOZ, URIBE. Integración Social y Habilidades Funcionales en Adultos Mayores. Colombia. Red de revistas Científicas de América latina y El Caribe, España y Portugal. 2007. pág. 264- 265
- FRANK, J. Aspectos Psicológicos y comportamentales de la enfermedad y del tratamiento. Revista Latinoamericana de Psicología. 1988 Vol. 20 (1) pág. 45 – 54.
- GARAY VILLEGAS Y AVALOS PÉREZ. “Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez México 2009”
- ANDRES MARIN AGUDELO. Trastornos del Sueño, Salud y Calidad de Vida: Una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. Colombia. Ed. Suma Psicológica. 2008.p. 225 – 226.
- HERSCH, S. Aspectos Psicológicos de los pacientes con cáncer. Principios y Prácticas de Oncología. Barcelona.1984 Vol. 2 Pág. 247 – 258.
- FONT, A. Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer. Tesis doctoral. Bellaterra, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.1988

- DU GAS, Beverly Witter, Tratado de Enfermería Practica; 4ta Edición; México. Editorial Interamericana. 1998.
- GARDUÑO ESTRADA, SALINAS AMESCUA, ROJAS HERRERA. Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo en México. México. Ed. Plaza y Valdéz. 2005. pág. 120, 121.
- MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Perú. 2005. p. 19

BIBLIOGRAFIA ELECTRONICA

- (1) Sociedad Española de Oncología Médica. Congreso Europeo Multidisciplinario sobre el Cáncer.2011 ,disponible en:
<http://www.seom.org/>
- (2) Ministerio de Salud. “La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú”. Lima-Perú 2008. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1358_MINSA1528.pdf
- (3) Instituto Nacional de Estadística e Informática. IV Censo Nacional Agropecuario. Boletín N°121-10 julio del 2012
- (4) INEI. Organización Mundial de la Salud , "Desarrollando Respuestas Integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una Población en Rápido Envejecimiento".2002-2003 , disponible en:
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1041/libro.pdf>
- (5) Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N°297. Febrero 2013..Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- (6) Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. “Perfil Epidemiológico”.2013. Disponible en:
<http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- (7) Ministerio de Salud. “Informe Anual del Empleo de las Personas adultas mayores.2007”. Programa de Estadísticas y Estudios Laborales. Lima 2008. Disponible en:
http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/publicacion/estudio_laboral_PAM_2007.pdf

(10) Belem Peña Pérez “Autopercepción de la Calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSST”. Revistas Médicas Mexicanas. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, Vol. 14, Núm. 2, abril-junio, 2009, pp.53-61. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/473/47312308002.pdf>

(11) Gabriela Maldonado Guzman y Susana Mendiola. “Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores”, Universidad Autónoma de Tamaulipas .México.2009. Disponible en:

<http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm>

(12) Roció Ramírez Suarez. “Calidad de vida en pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria en el centro Estatal de Atención Oncológico de Morella. México .2008 p.20-40.Disponible en:

<http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/3180/1/CALIDADDEVIDAENPACIENTESQUERECIBENQUIMIOTERAPIAAMBULATORIAENELCENTROESTATALDEATENCIONONCOLOGICADEMORELIA.pdf>

(22)(23)INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA. Ministerio de Protección Social. “El Cáncer: Aspectos básicos sobre su etiología, prevención y tratamiento, Colombia ,2004.

(24)(25)(26)INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS. “Guía de Prevención dirigido a Docentes. Perú. 2009

(29) FERNÁNDEZ BALLESTEROS, IZAL, M, MONTORIO, GONZALEZ, Y DÍAZ. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. España.Ed. Martinez Roca. 2002. p. 84-97

(30) GARAY VILLEGAS Y AVALOS PÉREZ. “Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez México 2009”

(31)VETERE GISELLE, Facultad de Psicología UBA, “Nivel de funcionamiento y de calidad de vida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada” 2008 Pág. 54.

(32)(33)(34)(35)(36)BOTERO DE MEJIA BEATRIZ, “Calidad de vida relacionado con la salud en adultos mayores de 60 años, una

aproximación teórica. Universidad de Caldas, Manizales. Colombia 2007
pág. 11-24

(37)SCHWARTZMAN , LAURA. “Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales. Cienc.enferm. v.9 n.2 Concepción –Chile dic. 2003.

(38) (39)GONZALES CELIS, ANA LUISA. II congreso Iberoamericano de Psicogerontología. “Aportaciones de la psicología del envejecimiento en México”. Instituto de Geriatria. Universidad Autonoma de México.

(40)FINCK BARBOZA, C. “Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes Bogotá, Colombia 2011.

(41)AMERICAN CANCER SOCIETY “Principios de la quimioterapia, un análisis exhaustivo de las técnicas y su papel en el tratamiento del cáncer. disponible en:

<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002996-pdf.pdf>.

(42)(43)FRANCO CANALES, ROSA. “Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2003. Pag 24-28.

ANEXOS

ANEXO A

OPERACIONAL DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTU AL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Autopercepci ón de la Calidad de vida del Adulto mayor con cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria	Es la percepción que tiene el adulto mayor con cáncer sobre sí mismo haciendo una valoración en relación a su grado de	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar físico 	<ul style="list-style-type: none"> • síntomas • Valoración de la limitación • Dolor • Dependencia de medicinas • Energía para la vida diaria • Movilidad • Sueño y descanso • Actividades de la vida diaria • Capacidad de trabajo • Condiciones ambientales 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorable • Medianamente favorable • Desfavorable. 	Valoración subjetiva del adulto mayor haciendo una análisis sobre su estado de salud actual en relación a la influencia que tiene la enfermedad y el tratamiento sobre los aspectos físico , psicológico y social que

	<p>limitaciones, disminución de oportunidades y la satisfacción de sus necesidades que repercutan en su bienestar físico, psicológico y social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bienestar psicológico • Bienestar social 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo • Ansiedad • Autoestima • Incertidumbre del futuro • Significado de la vida • Actitud frente a la enfermedad • Felicidad • Depresión <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Religiosidad • interpersonal • Apoyo familiar • Relación enfermera • Relaciones de pareja 		<p>será medido haciendo uso de la encuesta y como instrumento se utilizara la escala Likert modificada con un valor final de favorable, medianamente favorable y desfavorable.</p>
--	---	---	---	--	--

ANEXO B

INSTRUMENTO

I. PRESENTACION:

Buenos días Sr(a), soy egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, mi nombre es Cynthia Fiorella Candiotti Guzman, en esta oportunidad me encuentro realizando un estudio de investigación titulado “Autopercepción de la calidad de vida del Adulto Mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria.”. Para lo cual solicito su colaboración a través de su sincera respuesta a las preguntas que a continuación se le presenten, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación en el estudio.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación se le solicita que responda los siguientes enunciados según crea sea más conveniente, eligiendo una sola opción como respuesta. Por favor marque con un aspa(X) según corresponda

De acuerdo: **DA**

Indiferente: **I**

Desacuerdo: **D**

III. DATOS GENERALES:

1. Edad: 60-65() 66-70 () 71- a más
2. Sexo: Femenino () Masculino ()
3. Estado civil:

Soltero(a) () casado(a) () viudo(a) () separado(a) ()

4. Tratamiento recibido actualmente :

- Solo quimioterapia ()
- Quimioterapia y radioterapia ()
- Otro tratamiento aparte de la quimioterapia ()
especifique.....

5. Duración del tratamiento de quimioterapia hasta la actualidad

Menos de 3 meses () 3-6 meses () 6 meses a mas ()

6. Grado de instrucción:

Primaria () secundaria () superior ()

7. Ocupación actual:.....

IV. CONTENIDO

N°	ENUNCIADOS	de acuerdo	indiferente	desacuerdo
DIMENSION FISICA		DA	I	D
1	El dolor físico me impide realizar mis labores habituales			
2	Puedo realizar actividades como correr			
3	Las nauseas y vómitos debido al tratamiento afectan mi estado de salud.			
4	Antes del tratamiento de quimioterapia podía hacer cosas que ahora no puedo.			
5	Tengo energía y vitalidad suficiente para realizar mis actividades de la vida diaria			
6	Constantemente recurro a algunas medicinas para aliviar mis malestares.			
7	Puedo realizar paseos largos o cortos sin dificultad.			
8	Tengo que permanecer sentado en una silla o en cama la mayor parte del día.			
9	Tengo dificultades para dormir			
10	Me despierto por las noches			
11	Puedo realizar actividades diarias como por			

	ejemplo: bañarme , vestirme, ir al mercado, etc.			
12	Tengo la misma capacidad de trabajo que antes de recibir la quimioterapia.			
13	Las condiciones del lugar donde recibo el tratamiento son adecuadas.			
14	Debido a mi salud física tuve que disminuir el tiempo dedicado al trabajo			
15	He sentido dolor en alguna parte del cuerpo estas últimas semanas.			
DIMENSION PSICOEMOCIONAL				
16	Tengo miedo sobre mi estado de salud			
17	Me siento nervioso, preocupado o irritable.			
18	Tengo dificultad para relajarme			
19	Acepto mi apariencia física actual			
20	No sé qué sucederá en el futuro			
21	Tengo claro cuál el propósito que tengo en la vida			
22	Acepto y afronto con serenidad mi enfermedad			
23	He perdido el interés para realizar ciertas actividades			
24	Tengo dificultades para concentrarme			
25	Tengo sentimientos de desesperanza			
26	Me siento feliz			
27	Siento que soy una persona querida y apreciada.			
28	Me acepto y me quiero tal como soy			
29	Veó el futuro con optimismo			
30	Estoy satisfecho con mi estado de salud actual			
DIMENSION SOCIAL				
31	Tengo fe en Dios y en los médicos de que todo saldrá bien.			
32	Mi confianza en Dios me ayuda en los momentos más difíciles.			
33	Mantengo buenas relaciones con mi familia			
34	Me siento apoyado por mi familia			
35	Tengo una buena relación con la enfermera			
36	Siento que la enfermera muestra interés por mi estado de salud.			
37	A pesar de la enfermedad y el tratamiento, mantengo una relación de amor y comprensión con mi pareja			
38	Tengo buenas relaciones con mis amigos			

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

ANEXO C
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....con DNI N°:.....
a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria”.

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confiabilidad.

Firma de la Participante

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.

Estimado paciente:

La investigadora del estudio para el cual usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

ATTE

Cynthia Fiorella Candiotti Guzman
Autora del Estudio

ANEXO D
PRUEBA BINOMIAL

N Ítems	N de jueces							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	0	1	1	1	1	1	1	0.062 (*)
4	1	1	1	1	1	1	1	0.008
5	1	1	1	0	1	1	1	0.062 (*)
6	1	0	1	1	1	1	0	0.227(*)
7	1	1	0	1	1	1	1	0.062 (*)

(*) En estas preguntas se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final

P< 0.05

Favorable: 1 (Si)

Desfavorable: 0 (No)

ANEXO E

VALIDEZ - ESCALA LIKERT

Para la validez del cuestionario se aplicó la formula “r de Pearson” en cada uno de los ítems de los resultados de la prueba piloto aplicado a 20 pacientes.

$$R^2 = \frac{\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{(N \sum X^2 - (\sum x)^2)(N \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

Ítem	Correlación de pearson ítem total
item1	0.4
item2	0.46
item3	0.64
item4	0.64
item5	0.66
item6	0.55
item7	0.43
item8	0.63
item9	0.5
item10	0.63
item11	0.46
item12	0.66
item13	0.58
item14	0.59
item15	0.46
item16	0.4

item17	0.46
item18	0.64
item19	0.64
item20	0.66
item21	0.43
item22	0.63
item23	0.5
item24	0.63
item25	0.46
item26	0.66
item27	0.58
item28	0.59
item29	0.78
item30	0.4
item31	0.46
item32	0.64
item33	0.64
item34	0.66
item35	0.43
item36	0.63
item37	0.5
item38	0.63

Si $r > 0.20$ el instrumento es válido que, por lo tanto el instrumento según el coeficiente de Pearson es válido.

ANEXO F

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO- ESCALA LIKERT

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 20 pacientes adulto mayores y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alpha de Crombach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

S_i^2 : Varianza muestral de cada ítems

S_T^2 : Varianza del total de puntaje de los ítems

Remplazando valores donde K=38 y $\sum (Si)^2 = 10.9$, $St^2 = 171$

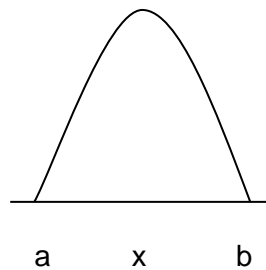
$$\alpha = \frac{38}{38-1} \left(1 - \frac{10.9}{171} \right) = 0.96$$

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 20 pacientes. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.96 lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno el instrumento de medición es altamente confiable.

ANEXO G

MEDICION DE LA VARIABLE AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s_t^2}$

Promedio:
$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

Media	89
-------	----

Desv. tí.	11
-----------	----

$$a = 89 - 0.75 (11) = 81$$

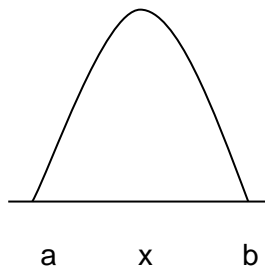
$$b = 89 + 0.75 (11) = 97$$

Desfavorable:	<80
---------------	-----

Medianamente favorable:	81 a 97
Favorable:	>98

Dimensión Física

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s_t^2}$

Promedio:
$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

$$a = \bar{x} - 0.75 (S)$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (S)$$

Media	31
-------	----

Desv. típ.	5
------------	---

$$a = 31 - 0.75 (5) = 27$$

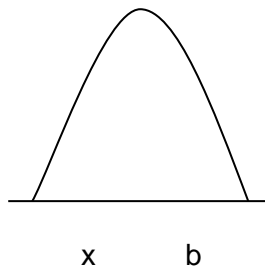
$$b = 26,8 + 0.75 (3,9) = 35$$

Desfavorable:	<26
---------------	-----

Medianamente favorable:	27 a 35
favorable	>35

Dimensión Psicológica

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s_t^2}$

Promedio:
$$\overline{X} = \frac{\sum x}{n}$$

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

Media	35
-------	----

Desv. típ.	6
------------	---

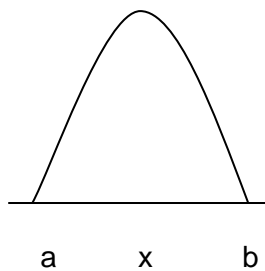
$$a = 35 - 0.75 (6) = 31$$

$$b = 35 + 0.75 (6) = 40$$

Desfavorable:	<30
Medianamente favorable:	31 a 40
Favorable :	>41

Dimensión Social

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.



Desviación Estándar: $S = \sqrt{s_t^2}$

Promedio: $X = \frac{\sum x}{n}$

$$a = x - 0.75 (S)$$

$$b = x + 0.75 (S)$$

Media 23

Desv. típ. 1

$$a = 35 - 0.75 (6) = 22$$

$$b = 35 + 0.75 (6) = 24$$

Desfavorable :	<21
Medianamente favorable :	22 a 24
Favorable:	>25

ANEXO H

TABLA MATRIZ GENERAL DEL INSTRUMENTO PARA LA MEDICION DE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA: ESCALA TIPO LIKERT

N° ENCUESTAS	Edad	Sexo	Estado civil	tratamiento	Duración	Grado instrucción	Ocupación	DIMENSION FISICA														
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	3	1	1
2	3	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1	3	1	3	1	2
3	1	1	2	1	2	3	2	1	1	3	1	1	2	3	3	1	1	3	1	3	1	1
4	3	2	2	1	3	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	3	3	2
5	1	2	2	1	2	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2
6	3	1	2	1	2	3	3	3	2	1	1	2	1	2	2	3	2	1	2	3	1	2
7	3	2	2	1	3	2	2	2	2	1	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	1	2
8	2	2	3	1	3	2	1	3	2	3	2	3	2	1	3	2	2	3	3	3	3	2
9	1	1	2	1	3	3	2	1	1	2	2	2	3	2	1	2	1	1	1	3	2	2
10	2	2	2	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	3	1	1
11	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	3	2	1	2	2	3	1	1
12	2	2	2	1	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	1	3

13	2	1	4	1	2	3	1	3	2	3	1	3	2	2	3	3	3	1	3	1	3
14	1	1	2	1	2	3	3	2	2	3	1	3	1	2	3	2	2	3	3	3	3
15	3	2	4	1	1	3	3	3	2	3	1	3	1	2	1	2	2	2	3	2	1
16	3	2	2	1	3	3	1	2	1	2	1	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2
17	3	1	2	1	2	3	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	2	3
18	1	1	2	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2	3	1
19	3	2	3	1	2	3	1	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
20	3	1	2	1	3	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	3	2	3	1
21	1	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	3	1
22	3	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1	3	1	3	1
23	1	1	2	1	2	3	2	1	1	3	1	1	2	3	3	1	1	3	1	3	1
24	3	2	2	1	3	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	3	3
25	1	2	2	1	2	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2
26	3	1	2	1	2	3	3	3	2	1	1	2	1	2	2	3	2	1	2	3	1
27	3	2	2	1	3	2	2	2	2	1	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	1
28	2	2	3	1	3	2	1	3	2	3	2	3	2	1	3	2	2	3	3	3	2
29	1	1	2	1	3	3	2	1	1	2	2	2	3	2	1	2	1	1	1	3	2
30	2	2	2	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	3	1	3	1
31	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	3	2	1	2	2	3	1
32	2	2	2	1	2	3	2	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	3	1
33	2	1	4	1	2	3	1	3	2	3	1	3	2	2	3	3	3	3	1	3	1
34	1	1	2	1	2	3	3	2	2	3	1	3	1	2	3	2	2	3	3	3	3
35	3	2	4	1	1	3	3	3	2	3	1	3	1	2	1	2	2	2	3	2	1
36	3	2	2	1	3	3	1	2	1	2	1	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2

37	3	1	2	1	2	3	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	3	2	3
38	1	1	2	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2	3	1	1
39	3	2	3	1	2	3	1	3	1	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3
40	3	1	2	1	3	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	3	2	3	1	1
41	1	1	2	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2	3	1	1
42	3	2	3	1	2	3	1	3	1	3	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3
43	3	1	2	1	3	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	3	2	3	1	1
44	3	1	2	1	2	3	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	3	2	3

N° Encuestas	DIMENSION PSICOLOGICA															DIMENSION SOCIAL							
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
1	2	2	2	1	2	3	3	2	1	1	1	3	3	2	1	3	3	3	3	2	2	3	3
2	2	1	2	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	2	3	3	3	3	3	3	1	2	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3
4	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3
5	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3
6	1	1	1	2	2	1	2	1	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2
7	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	1	2	2	3	3	3	3	3	3
8	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
9	1	1	1	3	2	1	3	3	1	2	1	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3
10	1	1	1	3	2	2	3	1	1	1	1	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3
11	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
12	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
13	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
14	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
15	1	1	2	2	1	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3
16	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3
17	3	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3
18	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
20	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	3

21	2	2	2	1	2	3	3	2	1	1	1	3	3	2	1	3	3	3	3	2	2	3	3
22	2	1	2	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
23	2	3	3	3	3	3	3	1	2	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3
24	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3
25	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3
26	1	1	1	2	2	1	2	1	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2
27	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	1	2	2	3	3	3	3	3	3
28	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
29	1	1	1	3	2	1	3	3	1	2	1	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3
30	1	1	1	3	2	2	3	1	1	1	1	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3
31	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
32	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
33	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
34	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
35	1	1	2	2	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3
36	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3
37	3	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3
38	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
39	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
40	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	3
41	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
42	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
43	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	3
44	3	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3

ANEXO I

DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO

DE CANCER SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA

AMBULATORIA.HNERM

LIMA-PERU

2013

ASPECTOS	NUMERO	PORCENTAJE
Edad		
60-65	15	34.1
66-70	8	18.2
71- a más	21	47.7
TOTAL	44	100
sexo		
Femenino	23	52.3
Masculino	21	47.7
TOTAL	44	100
estado civil		
casado(a)	35	79.5
viudo(a)	5	11.4
separado(a)	4	9.1
TOTAL	44	100
Tratamiento actual		
Solo quimioterapia	44	100
Quimioterapia y	0	0

radioterapia		
TOTAL	44	100
Duración del tratamiento		
Menos de 3 meses	9	20.5
3-6 meses	22	50.0
6 meses a mas	13	29.5
TOTAL	44	100
grado instrucción		
Primaria	2	4.5
secundaria	10	22.7
superior	32	72.7
TOTAL	44	100
Ocupación actual		
Jubilado	29	65.9
Empleado	15	34.1
TOTAL	44	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a la Unidad de Quimioterapia del HNERM.2013

ANEXO J

CUADRO N° 1

**AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO
MAYOR CON DIAGNÓSTICO DE CANCER SOMETIDO A
QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN LA
DIMENSION FISICA.HNERM
LIMA-PERU
2013**

	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	13	29.6
Medianamente favorable	17	38.6
Favorable	14	31.8
Total	44	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a la Unidad de Quimioterapia del HNERM.2013

ANEXO K

CUADRO N° 2

**AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR
CON DIAGNÓSTICO DE CANCER SOMETIDO A QUIMIOTERAPIA
AMBULATORIA EN LA DIMENSION
PSICOEMOCIONAL .HNERM
LIMA-PERU
2013**

	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	15	34.1
Medianamente favorable	19	43.2
favorable	10	22.7
Total	44	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a la Unidad de Quimioterapia del HNERM.2013

ANEXO L

CUADRO N° 3

**AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR
CON DIAGNÓSTICO DE CANCER SOMETIDO A QUIMIOTERAPIA
AMBULATORIA EN LA DIMENSION SOCIAL .HNERM
LIMA-PERU
2013**

	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	6	13.7
Medianamente favorable	10	22.7
Favorable	28	63.6
Total	44	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a la Unidad de Quimioterapia del HNERM.2013

ANEXO M

CUADRO N° 4

**AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR
CON DIAGNÓSTICO DE CANCER SOMETIDO A QUIMIOTERAPIA
AMBULATORIA .HNERM
LIMA-PERU
2013**

	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	11	25
Medianamente favorable	19	43.2
Favorable	14	31.8
Total	44	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a la Unidad de Quimioterapia del HNERM.2013

ANEXO N

AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON DIAGNÓSTICO DE CANCER SOMETIDO A QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA SEGÚN ITEMS DE LA DIMENSION FISICA

LIMA-PERU

2013

N°	Ítems	Desacuerdo		Indiferente		De acuerdo	
		n	%	n	%	n	%
1	El dolor físico me impide realizar mis labores habituales	8	18.2	18	40.9	18	40.9
2	Puedo realizar actividades como correr n	16	36.4	24	54.5	4	9.1
3	Las náuseas y vómitos debido al tratamiento afectan mi estado de salud.	12	27.3	16	36.4	16	36.4
4	Antes del tratamiento de quimioterapia podía hacer cosas que ahora no puedo.	25	56.8	19	43.2		0.0
5	Tengo energía y vitalidad suficiente para realizar mis actividades de la vida diaria	6	13.6	18	40.9	20	45.5
6	Constantemente recurro a algunas medicinas para aliviar mis malestares.	12	27.3	25	56.8	7	15.9
7	Puedo realizar paseos largos o cortos sin dificultad.	13	29.5	27	61.4	4	9.1
8	Tengo que permanecer sentado en una silla o en cama la mayor parte del día.	4	9.1	15	34.1	25	56.8
9	Tengo dificultades para dormir	11	25.0	19	43.2	14	31.8
10	Me despierto por las noches	20	45.5	14	31.8	10	22.7
11	Puedo realizar actividades diarias como por ejemplo: bañarme , vestirme, ir al	4	9.1	8	18.2	32	72.7

	mercado, etc.						
12	Tengo la misma capacidad de trabajo que antes de recibir la quimioterapia.	14	31.8	20	45.5	10	22.7
13	Las condiciones del lugar donde recibo el tratamiento son adecuadas.		0.0		0.0	44	100.0
14	Debido a mi salud física tuve que disminuir el tiempo dedicado al trabajo	24	54.5	14	31.8	6	13.6
15	He sentido dolor en alguna parte del cuerpo estas últimas semanas.	16	36.4	16	36.4	12	27.3

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a la Unidad de Quimioterapia del HNERM.2013

ANEXO Ñ

AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

CON DIAGNÓSTICO DE CANCER SOMETIDO A

QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA SEGÚN

ITEMS DE LA DIMENSION

PSICOEMOCIONAL

LIMA-PERU

2013

N°	Ítems	Desacuerdo		Indiferente		De acuerdo	
		n	%	n	%	n	%
16	Tengo miedo sobre mi estado de salud	11	25.0	23	52.3	10	22.7
17	Me siento nervioso, preocupado o irritable.	13	29.5	23	52.3	8	18.2
18	Tengo dificultad para relajarme	11	25.0	21	47.7	12	27.3
19	Acepto mi apariencia física actual	2	4.5	11	25.0	31	70.5
20	No sé qué sucederá en el futuro	10	22.7	25	56.8	9	20.5
21	Tengo claro cuál el propósito que tengo en la vida	4	9.1	12	27.3	28	63.6
22	Acepto y afronto con serenidad mi enfermedad		0.0	9	20.5	35	79.5
23	He perdido el interés para realizar ciertas actividades	8	18.2	21	47.7	15	34.1
24	Tengo dificultades para concentrarme	9	20.5	28	63.6	7	15.9
25	Tengo sentimientos de desesperanza	4	9.1	22	50.0	18	40.9
26	Me siento feliz	6	13.6	11	25.0	27	61.4
27	Siento que soy una persona querida y apreciada.		0.0	7	15.9	37	84.1
28	Me acepto y me quiero tal como soy	2	4.5	7	15.9	35	79.5
29	Veó el futuro con optimismo		0.0	16	36.4	28	63.6
30	Estoy satisfecho con mi estado de salud actual	14	31.8	11	25.0	19	43.2

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a la Unidad de Quimioterapia del HNERM.2013

ANEXO O

AUTOPERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

CON DIAGNÓSTICO DE CANCER SOMETIDO A

QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA

SEGÚN ITEMS DE LA

DIMENSION SOCIAL

LIMA-PERU

2013

N o	Ítems	Desacuerdo		Indiferente		De acuerdo	
		n	%	n	%	n	%
31	Tengo fe en Dios y en los médicos de que todo saldrá bien.			5	11.4	39	88.6
31	Mi confianza en Dios me ayuda en los momentos más difíciles.			5	11.4	39	88.6
33	Mantengo buenas relaciones con mi familia				0.0	44	100.0
34	Me siento apoyado por mi familia			3	6.8	41	93.2
35	Tengo una buena relación con la enfermera			5	11.4	39	88.6
35	Siento que la enfermera muestra interés por mi estado de salud.			11	25.0	33	75.0
37	A pesar de la enfermedad y el tratamiento, mantengo una relación de amor y comprensión con mi pareja			3	6.8	41	93.2
38	Tengo buenas relaciones con mis amigos			2	4.5	42	95.5

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes que acuden a la Unidad de Quimioterapia del HNERM.2013